

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

N°
455

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Claude MEYER

né le 23 juin 1939 à ALGER

Présentée et soutenue publiquement le :

LA SUBNARCOSE AMPHÉTAMINÉE
MÉTHODE D'INVESTIGATION EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Président : M. Jean DELAY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTON — PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Claude MEYER

né le 23 juin 1939 à ALGER

Présentée et soutenue publiquement le :

LA SUBNARCOSE AMPHÉTAMINÉE
MÉTHODE D'INVESTIGATION EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Président : M. Jean DELAY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE — PARIS-V^e

Jean-Claude MEYER
né le 22 mai 1930 à ALGER



Exemplaire de collection, département 10 :

LA SUBSTANCE ANTIHISTAMINIQUE
METHODE D'INVESTIGATION EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Président : M. Jean MEYER, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quènu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	N...
Cliniques chirurgicales	{ COCHIN LEGER (L.)
	{ HÔTEL-DIEU PATEL (J.)
	{ SAINT-ANTOINE GOSSET (J.)
	{ SALPÊTRIÈRE SICARD (A.)
	{ TENON OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GASTAIGNE (P.)
	Bicêtre DEPARIS (M.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin BROUET (G.)
Cliniques médicales	{ HÔTEL-DIEU BARIÉTY (M.)
	{ Lariboisière SÈZE (S. de)
	{ Pitié DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	{ Saint-Antoine BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — — (Pitié)	DOMART (A.)
— — — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYSSOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents,

A mon frère,

très affectueusement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533912_0010

A MON MAITRE ,

Monsieur le Professeur Jean DELAY

Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
(Clinique des Maladies Mentales)
Membre de l'Institut (Académie Française)
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Médecin des Hôpitaux.

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre attentive admira-
tion.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Raymond GARCIN

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Neurologique à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de Médecine

qui nous a accueilli avec bienveillance
qu'il soit assuré de notre affectueuse
gratitude.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de la Chaire de Neuro-psychiatrie Infantile
Médecin des Hôpitaux

en hommage de profond respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé Pierre DENICKER

Pour le remercier de la sollicitude
qu'il m'a toujours manifestée

Au Docteur Jacques GALIBERT

En gage de remerciement et
d'amitié,

Aux Membres de notre Jury,

qui nous ont fait l'honneur et
le plaisir de bien vouloir juger
ce travail.

INTRODUCTION - HISTORIQUE

La Psychiatrie, étude des maladies mentales, bénéficie d'année en année des découvertes de la pharmacologie tant dans le domaine du diagnostic que de la thérapeutique. Elle doit compter avec ces découvertes. Quelques esprits peuvent s'émouvoir de ce qu'elle ne reste pas fidèle à la stricte clinique, mais qui pourrait lui reprocher de s'aider de "moyens" pour étayer un diagnostic. Certains diagnostics de neurologie se confirment par la ponction lombaire, par exemple ; personne n'a jamais prétendu faire des ponctions lombaires systématiques pour obtenir des diagnostics.

C'est dans cet esprit là qu'il faudra considérer la SUBNARCOSE AMPHETAMINEE, fille bâtarde de la narco-analyse et du choc amphétaminique , comme un moyen d'investigation qui, dans des cas douteux, sera d'un grand secours pour aider au diagnostic.

L'idée n'est pas neuve d'examiner un patient "drogué", mais le seul mot de narcose évoque inmanquablement l'idée de "sérum de vérité" et des applications "policières" qui ont pu en être faites, en certains temps et en certaines circonstances.

Et puis, quel philtre mystérieux se cache derrière cette subnarcose amphétaminée, quel liquide magique ? Que promet-elle ? De remonter le fil d'Ariane ? De découvrir la Vérité ? - A vrai dire il ne s'agit en rien de cela. La Vérité n'est pas plus dans la seringue que dans la boule de cristal et nous ne pensons pas que la "Vérité" en tant que "chose vraie" intéresse le psychiatre.

DELAY, dans "Méthodes biologiques en clinique psychiatrique", nous rappelle que depuis l'Antiquité certaines plantes et certains breuvages facilitent les aveux, rappellent les souvenirs oubliés et rendent manifestes les tendances latentes de la per-

sonnalité.

MOREAU de TOURS, dès 1845 publie "Le haschich et l'aliénation mentale". Sous l'influence du toxique, le sujet se trouve dans un état second. Il est soumis à divers degrés de dissolution de la conscience. Un aspect négatif correspondant à la dissolution des synthèses mentales qui assurent l'adaptation au réel, l'orientation temporo-spatiale, les activités volontaires ; l'autre aspect, positif, traduisant la libération d'automatismes imaginatifs et d'automatismes moteurs.

Contrôler le délire haschichin pouvait permettre peut-être l'investigation psychique des malades mentaux. C'est ce qu'on a imaginé en utilisant les drogues hallucinogènes.

La Mescaline et la LSD 25 furent utilisées pour le diagnostic des formes de début de la schizophrénie et des schizophrénies. La drogue exalte les traits psychotiques ou les révèle. L'observation d'une bouffée paranoïde franche serait d'un mauvais pronostic dans la mesure où une telle éventualité est moins fréquente chez les témoins normaux. Cependant certains schizophrènes résistent à l'action psychogène des toxiques. Par contre des sujets dont l'équilibre est bon, peuvent élaborer sous l'action de la Mescaline ou de la LSD 25 des délires typiques. De plus l'extrême irrégularité d'action, l'impossibilité de déterminer à l'avance la susceptibilité du sujet, et surtout les caractères particuliers de l'intoxication mescalinique gênent l'exploration. Enfin la fuite des idées interdit la continuité d'un récit ou au contraire l'anxiété fige la pensée à tel point qu'il est difficile d'en tirer quelque conclusion.

Signalons que l'étherisation dès 1854 était utilisée dans un but d'exploration du psychisme des aliénés (BRIERRE de BOISMONT, puis MOREL).

D'autres substances encore ont été proposées à l'exploration du psychisme, en particulier les Amines psychotoniques. Elles possèdent une action excitante sur les fonctions psychiques.

L'injection intra-veineuse rapide des plus puissants de ces produits provoque une réaction paroxystique que DELAY dans sa communication du 7 juillet 1947 à la Société médico-psychologique a appelé "choc amphétaminique". Cette technique avait auparavant été employée en 1941 aux Etats-Unis par REZNIKOFF, puis en Grande-Bretagne par SIMON et TAUBE.

La méthode consiste à faire passer par voie intra-veineuse 30 mg de Methyl amphétamine dextrogyre assez rapidement.

C'est en effet d'un choc qu'il s'agit : modification brusque du comportement du malade et en même temps perturbation organique dont on a discuté le point d'action diencéphalique. On observe

- élévation de la tension artérielle,
- accélération du pouls,
- augmentation et irrégularité du rythme respiratoire,
- augmentation de la transpiration,
- réactions vaso-motrices ; assez souvent céphalées et tremblements.

Au point de vue psychologique on note une considérable exaltation affective. Parfois il ne se produit rien. Cette explosion émotive a lieu la plupart du temps dans le sens de la disposition antérieure de l'humeur.

Dans les états maniaques, le syndrome est transitoirement aggravé. D'un point de vue pratique on saisit l'intérêt du choc amphétaminique comme uniquement diagnostique dans certains états maniaques atypiques, par l'exagération même qu'il provoque du syndrome. Nous nous permettrons d'insister sur la difficulté de contrôler d'autre part cette exagération.

Dans les états mélancoliques, le même choc amphétaminique provoque une exaltation souvent spectaculaire de la symptomatologie, portant à la fois sur l'hyperthymie douloureuse et sur les mécanismes de justification intellectuelle. Utilisé comme moyen de diagnostic dans les formes de mélancolie atypique, le choc amphétaminique permet aussi de rompre le mutisme de certaines mélancolies

stuporeuses.

Chez l'individu normal on note un sentiment d'intense euphorie, d'hyperlucidité, une augmentation de la puissance intellectuelle et une extraordinaire vigilance.

Les expérimentateurs des amphétamines ont attribué une importance primordiale à la révélation, par le malade, au cours de cette période d'exaltation, de faits jusque là non mentionnés. Le choc amphétaminique provoquant l'extériorisation discontinue de conscience serait plutôt un mode d'action sur les réticences. La Méthylamphétamine offre un intérêt tout spécial pour la production d'une ab-réaction émotionnelle. Elle a une action stimulante et entraîne une élévation de la tension psychologique. On dit que ces amphétamines sont "psycholeptiques".

A l'inverse, on a eu l'idée d'utiliser des drogues "psychagogiques", les barbituriques. L'idée n'était pas neuve d'étudier le psychisme dans des moments "qui n'appartiennent ni au sommeil ni à la veille, où la plus légère circonstance change l'état de l'âme, où elle se sent encore et ne raisonne plus" (MAUPERTUIS). Nous pouvons retracer deux courants d'action :

- aux Etats-Unis : BLACKWENN, en 1930, constatait la disparition d'une stupeur catatonique après une injection d'amytal-sodique. Il l'utilisait ensuite pour des cures de sommeil.

W. F. LORENZ, puis LINDEMAN firent des explorations psychiques sous amytal sodique.

- au Royaume-Uni, pendant ce temps, Stephen HORSLEY (1930), ayant observé les effets d'anesthésies barbituriques incomplètes chez des parturientes, imaginait la méthode à laquelle il donnait le nom de narco-analyse. Un peu plus tard il en précisait ainsi les avantages : "la narcose barbiturique offre une nouvelle manière d'établir un contact avec des patients jusqu'ici méfiants, renfermés, inaccessibles. En outre c'est un puissant facteur pour déterminer le cours de certaines psychoses aiguës".

- Durant la guerre 1939-1945, la subnarcose entra dans la pratique psychiatrique courante, comme thérapeutique des psychonévroses émotionnelles de guerre (SARGANT, L.S. KUBIE, J.F. WILDE) et comme moyen de diagnostic des simulations. Lors du débarquement allié d'Afrique du Nord française, G. S. MANCEAUX la pratique, dès 1943 à Alger. En 1945, DELAY et son école (P. COSSA, R. TARGOWLA) en précisaient les indications : l'exploration du subconscient.

"La méthode réalise une dissolution de la conscience" (Hugblings JACKSON), c'est-à-dire un engourdissement de la vigilance semblable à celui de l'endormissement, et une libération de la subconscience semblable à celle du rêve. Cette dissolution-libération comporte donc deux éléments, l'un négatif, l'autre positif, celui-ci étant la conséquence de celui-là. Elle clive dans une certaine mesure deux plans de l'activité mentale : l'un orienté vers l'action, l'autre vers le rêve ; l'un qui répond aux synthèses mentales, l'autre aux automatismes psychologiques ; l'un à la tension, l'autre à la détente ; l'un enfin à l'organisation sociale et rationnelle de la personnalité, qui obéit aux exigences de l'utile, l'autre à l'organisation autistique et affective, apparemment désintéressée, qui obéit aux lois propres du dynamisme inconscient ... On explore le comportement verbal à la fois selon le mode des associations dirigées en utilisant les tests d'induction et de projection, l'écriture automatique et les dessins automatiques, le psychodrame et les "play-technics", en faisant l'oniro-critique à l'aide des clés qu'a révélées la symbolique des rêves ; bref, en mettant à contribution les ressources de l'arsenal analytique ...

On explore également le comportement somatique (c'est-à-dire les gestes, l'attitude, les expressions, les réactions viscérales).

La narco-analyse pure et simple est une méthode de diagnostic, elle n'est pas une méthode de traitement ; pour qu'elle le devienne, il faudrait y ajouter un second temps qui est la narco-synthèse".

Ajoutons enfin que G. HEUYER, ainsi que L. CORNIL et H. OLLIVIER ont étendu l'usage de la narco-analyse à la pratique infanto-juvénile.

Parmi toutes ces méthodes d'investigation chimiques du psychisme il nous faudra choisir la plus adaptée au cas du sujet examiné.

Bien sûr, l'interrogatoire du malade et de son entourage peut nous permettre de poser un diagnostic avec certitude. Mais dans des cas où des réticences, volontaires ou involontaires, nous font douter d'un diagnostic, il conviendrait, dans l'idéal, d'avoir à notre disposition une méthode qui, offrant le plus de chance d'approfondir notre connaissance du malade et les mécanismes de sa maladie, présenterait le moins de danger.

Dans son ouvrage "méthodes biologiques en clinique psychiatrique", DELAY écrivait : "il nous semble que la narco-analyse explorant le subconscient trouverait plutôt ses indications dans l'exploration des amnésies hystériques alors que le choc amphétaminique, provoquant l'extériorisation discontinue de conscience, serait plutôt un mode d'action sur les réticences".

Il semblait donc que ces deux méthodes avaient des indications différentes. Peut-être l'idée de les associer est-elle venue d'un besoin de simplification, d'unité ? Quoi qu'il en soit l'association si paradoxale de médications psycholeptiques et psychagogiques était susceptible de donner des résultats intéressants. On le savait depuis 1939, depuis MYERSON.

Abraham MYERSON décrivait : "les effets pharmacologiques réciproques de l'amphétamine-sulfate (benzédrine) et des barbituriques" : à première vue, les effets des barbituriques et du sulfate d'amphétamine semblent fondamentalement opposés et inconciliables.

- les barbituriques sont sédatifs et, à fortes doses, anesthésiques et narcotiques. Ils tendent à abaisser le métabolisme de base et la tension artérielle. A doses encore plus fortes, ils créent ataxie, nystagmus et abolition des réflexes abdominaux ; au

point de vue psychique : torpeur, dépression et même délirium et confusion mentale. En général ils retardent les processus mentaux et provoquent le sommeil.

- les amphétamines agissent de façon tout à fait différente sur l'organisme. Elles empêchent le sommeil, surtout à petites doses. Leur capacité de troubler le sommeil et de créer l'insomnie est la base de leur grande valeur dans cette maladie particulière du sommeil qu'est la narcolepsie.

- bien que les effets opposés des barbituriques et des amphétamines soient nettement tranchés, ils peuvent cependant être utilisés ensemble. Lorsqu'on souhaite l'effet sédatif ou narcotique du barbiturique, les effets ataxiques peuvent être diminués ou même complètement neutralisés par l'emploi judicieux de petites doses d'amphétamine. Au contraire lorsqu'on désire obtenir l'effet amphétaminique tout en redoutant la perturbation du sommeil et l'hyperexcitation qu'il provoque, on a intérêt à administrer de petites doses de barbituriques. Ainsi on établit la dose de sodium-amytal qu'il faut administrer en injections intra-veineuse à un individu pour obtenir l'effet narcotique ; l'introduction de 20 à 30 mg de sulfate amphétamine intra-veineux, administrés en même temps que le sodium-amytal empêche la narcose. Le patient reste éveillé, bien qu'il soit assoupi. MYERSON appliquait sa méthode à la thérapeutique, l'utilisant dans le traitement des dépressions. "Le patient devient bavard et souvent animé. La dépression disparaît et pendant ce temps il agit comme s'il était guéri". Les patients de MYERSON recevaient environ 3 gr de sodium-amytal per os et 5 à 10 mg de sulfate d'amphétamine 2 à 3 fois par jour, "qui provoquaient un changement notable de leur humeur et un progrès vers des sentiments et une activité normale" ... La combinaison de ces drogues ne guérit pas la dépression, mais elle maintient le patient dans un état confortable pendant que la Nature lui apporte la guérison".

Sans partager cette opinion en matière de thérapeutique, nous pouvons retenir qu' "en pratique psychiatrique, dans le cas d'individus renfermés qui ne peuvent pas communiquer leurs idées,

l'amytal et les amphétamines, administrés en même temps, ou bien le premier donné d'abord jusqu'à obtenir une narcose et les amphétamines utilisées pour réveiller le patient, provoquent une loquacité qui a son prix au point de vue diagnostic".

Les publications de MYERSON datent de 1939, mais il a fallu attendre 1952 pour que, sous l'impulsion de Jean DELAY, des recherches fussent entreprises dans ce sens à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

A cette époque, un de ses élèves, Jacques GALIBERT, utilise systématiquement la subnarcose amphétaminée, réalisée par injection intra-veineuse d'un mélange d'amytal-sodium et de méthyl amphétamine dextrogyre.

Aux Etats-Unis, Théodore ROTHMAN et Keith SWARD font paraître (1957) le résultat de psychothérapies qu'ils ont pratiquées sous subnarcose amphétaminée.

PLAN

Après avoir retrouvé dans ce rapide HISTORIQUE des méthodes chimiques d'investigation du psychisme les racines de la subnarcose am-phétaminée, nous essaierons de décrire :

- dans un premier temps, les INDICATIONS et les CONTRE-INDICATIONS de cette méthode ;
- l'action pharmaco-dynamique provoquée par l'injection après avoir insisté sur la TECHNIQUE. Nous étudierons ainsi les EFFETS PRIMAIRES ET SECONDAIRES tant au point de vue somatique que psychique ;
- Nous insisterons sur la CONDUITE du médecin vis-à-vis du malade sous subnarcose, des précautions à prendre vis-à-vis de lui ;
- Nous illustrerons notre exposé par des OBSERVATIONS de malades traités à la clinique de la Faculté dans le Service du Professeur DELAY ;
- Nous tenterons dans nos CONCLUSIONS d'indiquer les avantages et les inconvénients de cette méthode ainsi que les applications qu'on peut en faire.

INDICATIONS

Les INDICATIONS de la subnarcose amphétaminée sont avant tout celles des réticences pathologiques.

Empruntons à LITRE sa définition : "RETICENCE : suppression ou omission volontaire d'une chose qu'on devrait dire et de la chose même qu'on n'a pas dite". La réticence pathologique peut être considérée comme cette suppression ou cette omission volontaire ou involontaire.

A l'égard du malade mental dont les troubles sont souvent méconnus par le sujet lui-même, la recherche de ses troubles est délicate. Dans leur article "réticence pathologique" (1961), G. DAUMEZON et P. E. HUGUET décrivent chez le malade réticent "une affectation de naturel qui va à l'encontre de son projet, une dissonance flagrante entre l'expression qu'il donne de sa pensée et du vécu. Le personnage tel qu'il se représente ne coïncide pas avec la personne ; une marge d'artifice, une dimension de facilité s'introduisent dans le rapport interhumain. Cette dissonance, ce manque de cohésion sont surtout frappants entre le contexte affectif et le contenu du langage et tous "ces gestes, sons, mimiques : (qui sont) les moyens primitifs, purs, directs de l'expression (H. MICHAUX)".

Les malades que nous aurons à examiner se présentent schématiquement hypersthéniques, syntones ou anxieux (classification de OULES).

- Derrière une présentation sthénique peuvent se cacher :

- les délirants chroniques systématiques qui peuvent refuser de se soumettre aux exigences de leur affectivité, se contraindre et dominer la passion qui les anime. Leur sthénie dépasse son but et loin de les tenir cachés, les dévoile.

- certaines personnalités pathologiques : hyperthymiques, fanatiques, explosifs;

- les maniaques, dont la réticence toutefois se teinte de ludisme.

- Si le sujet est syntone, le problème est parfois délicat car le hiatus est presque comblé entre la tonalité affective, le contenu et la forme du discours. Là encore il peut s'agir de :

- délirants systématiques "expérimentés", partiellement détachés de leurs troubles quelle qu'en soit la forme : décours d'un accès mélancolique, rémission d'une psychose aiguë, convalescence de désintoxication alcoolique imposée.

- Si le sujet se présente anxieux, il faut savoir que l'anxiété colore toutes les conduites :

- mélancolie ;

- certaines expériences aiguës schizophréniques.

Toutes les qualités d'anxiété peuvent se voir, de la dépression la plus bruyante à la perplexité.

Après avoir analysé ces éléments thymiques, nous devons, pour évoquer la réticence et poser l'indication de subnarcose amphétaminée, procéder à l'analyse du discours du malade. En effet leur réticence peut se manifester par :

- la négation, procédé qu'adopte volontiers les débiles;

- la dilation ou l'interrogation, qui permettent d'esquiver les questions ;

- l'accusation, certains malades incriminant la responsabilité des autres ;

- l'ironie, par laquelle le sujet tourne en dérision les faits qu'on lui impute ou les propos qu'il a pu tenir ;

- la résipiscence : le malade convient de la nature pathologique de ses conduites, il admet avoir pu être troublé, il

se gausse de lui-même, il se donne pour guéri et rejette dans un passé révolu le déterminisme morbide.

Enfin la réticence pathologique peut être évoquée par d'autres indices :

la forme du langage : - utilisation de néologismes,
- débit,
- intonation ;

la mimique ;

le comportement gestuel ;

enfin, l'examen physique.

C'est aux fins de reconnaissance des réticences pathologiques, puis de leur identification, que s'appliquera la subnarcose amphétaminée.

Il est intéressant, avant d'aborder le plan d'action de la subnarcose amphétaminée, de faire un bref catalogue des maladies mentales qui engendrent des réticences, qu'elles soient, rappelons-le, volontaires ou involontaires.

- les formes mentales d'alcoolisme et de toxicomanies en général, qui poussent les malades de la minimisation de leurs troubles à une vraie dissimulation ;

- les délires chroniques, entamant peu la personnalité. Le thème délirant porte particulièrement sur la personne :
- délire de filiation,
- délire avec méconnaissances systématiques diverses ,
- délires passionnels en général ;

- les divers types de personnalités psychopathiques :
Les déséquilibrés anti-sociaux surtout rencontrés en pratique médico-légale, qui adopteraient le reniement. A l'opposé, d'autres adoptent des conduites mythomaniaques qui sont à la limite du délire. (Nous reviendrons d'ailleurs sur les cas limites de jeunes malades qui posent ce problème diagnostique délicat : personnalité psychopathique ? Schizophrénie ?).

- la schizophrénie, dans ses formes multiples, qui est le terrain d'élection de la "réticence éloquente". Toute la symptomatologie de l'opposition fournit aussi des tableaux de dissimulation comme de reniement au gré des divers thèmes et situation du vécu délirant ;

- la psychose maniaco-dépressive : réticence ludique des maniaques, réticence des mélancoliques portant spécialement sur les idées de suicide ; certains états atypiques ; certains états mixtes.

- Citons tout le chapitre des syndromes névrotiques, où la difficulté de dialogue, plus qu'à la réticence, est due à la "retenue". OULES appelle à juste titre l'attention sur les psychasthéniques obsédés qui, souvent, consultent le médecin en lui cachant jusqu'à l'existence de leurs obsessions, une sorte de "tabou" pesant sur ce chapitre. C'est ce qui se passe souvent en "pathologie sexuelle", les malades considérant leur maladie comme une maladie honteuse, la tenant pendant des années pour inavouable.

Il faut pour être complet citer les problèmes diagnostiques posés par certains épileptiques d'une part, certains syndromes déficitaires d'autre part.

Enfin, la subnarcose amphétaminée sera un examen de choix dans tous les cas où se posent des problèmes d'organicité, en particulier les syndromes de conversion des hystériques.

CONTRE - INDICATIONS

Il n'y a pas à vrai dire de CONTRE-INDICATIONS pour l'emploi de la subnarcose amphétaminée.

L'âge du sujet impose peu de limites, puisque l'injection peut être pratiquée chez des enfants de 10-12 ans (service de Monsieur le Professeur MICHAUX) à des doses allant jusqu'à 40 cg d'eunocet et 15 mg de tonédrone. Elle a été pratiquée chez les sujets âgés avec la même innocuité.

Il nous faut signaler toutefois qu'on préfère s'abstenir de cet examen chez les grands hypertendus, en raison de la poussée hypertensive provoquée par l'amphétamine.

Enfin, ce n'est pas à proprement parler une contre-indication mais plutôt une inconvénience d'ordre médicamenteux, on évitera formellement de pratiquer une subnarcose amphétaminée chez des sujets qui ont été traités, au cours des trois semaines précédant l'injection, par des dérivés des inhibiteurs de la mono-amino-oxydase (inconvénience avec les amphétamines).

Le problème des contre-indications est surtout éthique. On a parlé - les analystes surtout ont parlé - de "viol de la conscience" à propos de la narco-analyse en général, mais aussi à propos de la subnarcose amphétaminée. Aussi certains malades éprouvent-ils une prévention contre cette méthode et refusent catégoriquement de s'y soumettre. Le médecin tentera de rassurer ces malades en leur expliquant qu'ils ne révéleront pas ce qu'ils veulent cacher et que cette méthode n'est pas destinée à les faire "dormir". Cependant, s'ils refusent encore (et c'est ce qui se produit souvent chez certains débiles ou dans des cas "médico-légaux"), il ne faut pas pratiquer de subnarcose amphétaminée. L'expérience a montré en effet que les résistances ne cèdent géné-

ralement pas lorsqu'il s'agit de tels malades. Si par hasard on "imposait" cet examen à ces malades, alors ils se sentiraient violés, comme dépossédés d'un secret qu'ils n'auraient jamais voulu révéler. Ce qui susciterait chez eux une attitude hostile qui gênerait par la suite toute intervention thérapeutique.

Nous voudrions dire quelques mots des PREVENTIONS qu'impose l'emploi de cette méthode.

Quelquefois la subnarcose amphétaminée étant acceptée par le malade, le médecin, bien qu'il ait jugé qu'elle soit une bonne indication chez ce malade, devra se montrer particulièrement prudent lorsqu'il s'agit d'un sujet dont la personnalité est fragile.

C'est le cas de l'exploration de sujets chez lesquels on soupçonne un délire (qui n'envahit pas toute la personnalité, et semble-t-il, ne l'entame pas dans son ensemble); On pratique, grâce à la narcose, une dissolution psychiatrique qui n'agit pas directement sur le noyau psychotique lui-même, mais sur les "éléments positifs" qui s'organisent autour de ce noyau comme des boucliers pour le défendre ou nous le cacher. Si le médecin démembre ces éléments positifs, il doit à ce moment-là se sentir "responsable" du délire qu'il a fait resurgir et l' "assumer".

Dans le cas des névroses, il ne s'agit pas non plus de démonter brutalement des mécanismes et de laisser le malade "en pièces détachées".

Dès le diagnostic posé, les sanctions thérapeutiques doivent être prises rapidement.

Tous ces "dangers" impliquent que l'opérateur doit se sentir "responsable" de ce qu'il va "découvrir" et surtout de ce qu'il peut "faire découvrir" au malade ; car, s'il est certain que la subnarcose amphétaminée est une méthode qui facilite la resurgence de niveaux de conscience profondément enfouis, la levée de réticences, volontaires ou non volontaires, qui sont autant de "protections" du malade contre sa maladie et contre lui-même et les autres, toutefois le médecin doit savoir ne pas se laisser emporter par la tempête qu'il a lui-même suscitée.

Il est certain que la subnarcose amphétaminée, si elle

n'est pas un "moyen magique" pour qui sait s'en servir, s'en accommoder et la dominer, peut être dangereuse si elle est imprudemment maniée par des "apprentis-sorciers".

LA METHODE

Pratiquant la subnarcose amphétaminée, ROTHMAN en 1959 en décrivait ainsi la TECHNIQUE :

"la subnarcose amphétaminée consiste en l'injection intra-veineuse de sodium thiopental et de métamphétamine".

Le sodium thiopental a été choisi pour ses effets rapides et de courte durée. Il annule les inhibitions et il est euphorisant. La métamphétamine pour ses propriétés stimulantes du système nerveux central. L'effet que nous recherchons est une synergie qui semble se produire lorsque ces deux substances chimiques sont administrées par voie intra-veineuse dans un ordre donné : thiopental sodium, puis métamphétamine, en injection rapide et à des doses efficaces minimum.

L'usage de doses minimum efficaces est de la plus grande importance en ce qui concerne ces deux substances. Ceci avait jusqu'à présent échappé à l'attention de ceux qui se servaient seulement de thiopental, réalisant une "narcoanalyse". Cette méthode produisait un surdosage modéré de thiopental qui mettait le patient dans un état d'hébétude et de "narcose". Ce procédé créait des abréactions excessives et une amnésie de l'entretien. Ceci gênait la "communication" plus qu'elle ne la facilitait.

Même les plus petites doses efficaces de thiopental, lorsqu'il est utilisé seul, tendent à laisser le patient dans un état de somnolence et d'apathie qui est suivi par une amnésie partielle (génant toute expérience thérapeutique éventuelle).

"Nous avons découvert, ajoute ROTHMAN, que pour une psychothérapie rapide, la dose efficace minima est de 3 à 7 cc de thiopental à 2,5 % administrés en injection intra-veineuse rapide."

De même avec la deuxième drogue, la métamphétamine hydrochloride, la dose minima efficace est la plus souhaitable. Lorsqu'on en administre plus que cette dose, la métamphétamine produit plusieurs effets sympathomimétiques indésirables, tels que des nausées, une perte de l'appétit, des palpitations ; une excitation généralisée, souvent suivie d'une dépression plus ou moins légère. Notre expérience nous enseigne, termine ROTHMAN, que la dose optima de cet analeptique se situe entre 5 à 10 mg et nous préférons la limite la plus basse."

La technique que nous avons utilisée à la Clinique de la Faculté, dans le Service du Professeur Jean DELAY, est légèrement différente dans la mesure où l'injection intra-veineuse du barbiturique et de l'amphétamine se fera simultanément.

Nous emprunterons à un article de Jacques GALIBERT (paru en 1960 dans "l'Encéphale") la description de cette technique qu'il a mise au point dès 1952 avec le Professeur Pierre DENIKER.

LA TECHNIQUE

La première injection se doit d'être prudente, pour cela nous employons des doses "moyennes" qui permettront de tester la susceptibilité du sujet à cette injection.

Nous mélangeons dans une même seringue 3 cc d'une solution à 1 % d'amytal-sodium (eunoctal) et 1 cc 1/2 de chlorhydrate de méthylamphétamine destogyre (tonédron), soit 0 gr.30 de barbiturique et 15 mg d'amphétamine. Nous poussons très lentement l'injection (nous avons ramené au préalable le contenu de la seringue à 10 cc en étendant le mélange barbiturique-amphétamine d'une quantité suffisante d'eau distillée), environ 10 secondes par cc.

Dès le début de la séance, et avant même l'injection, nous engageons le dialogue avec le malade. Nous poursuivons ce dialogue pendant l'injection. Ainsi non seulement le malade subit moins l'anxiété de cette première injection, il se rend compte qu'il ne "s'endort" pas, mais le médecin peut pour sa part étudier les EFFETS PRIMAIRES de la drogue tant sur le discours du malade que sur son comportement psychosomatique immédiat.

Lors des injections suivantes, nous nous laissons guider avant tout par les réactions du malade. Celui-ci peut présenter une sensibilité plus ou moins marquée à l'amphétamine. Nous modifions les proportions du mélange en conséquence. La quantité de barbiturique atteignant 50 cg dès la deuxième injection, nous y ajoutons une quantité de méthylamphétamine qui varie de 10 à 30 mg ; le volume total du mélange est additionné d'une quantité d'eau bi-distillée suffisante pour atteindre le volume total de 10 cc.

Lorsque nous arrivons à la troisième injection, nous considérons que la vitesse d'injection importe peu. Elle est de 30 secondes en moyenne, soit très inférieure à celle que requiert

l'administration d'amphétamine seule, et très supérieure à celle qu'exige l'injection d'amytal-sodium employé en narcoanalyse. L'amphétamine, par nature antidote du barbiturique, donne une marge de sécurité très grande et exclut pratiquement toute possibilité d'apnée (nous jugeons inutile d'ailleurs d'ajouter de l'atropine à l'injection).

Il est à souligner que nous utilisons une dose relativement constante dans tous les cas, et pourtant nous avons parmi nos malades des sujets de 45 kg à 80 kg. Les réactions individuelles sont si variables qu'il ne nous a pas été possible d'établir un schéma du dosage en fonction du poids du patient.

LES EFFETS IMMEDIATS

Les EFFETS IMMEDIATS provoqués par l'injection sont les phénomènes physiologiques objectifs directement observés par le médecin, mais aussi les sensations subjectives éprouvées par le patient pendant la séance qui dure une heure environ.

Tout d'abord, pendant une période de quelques minutes qui commence pendant la durée même de l'injection, tout se passe comme au cours d'une narco-analyse à l'amytal seul, dans la phase qui précède l'engourdissement : le patient fait part d'une sensation de vertige qu'il compare quand il le peut à celui que provoque un début d'anesthésie, et parfois sommeole une ou deux minutes. Toutefois si le dialogue est engagé d'emblée, ce qui est conseillé, cette somnolence ne va pratiquement jamais jusqu'au sommeil profond. Il est bien évident qu'il s'agit là d'une "réaction-type", plus ou moins accusée suivant les patients, et qui peut varier en intensité chez le même malade d'une séance à l'autre, selon par exemple qu'il est à jeun ou non. Car s'il est classiquement admis pour les narco-analyses d'exiger que le sujet soit à jeun depuis plusieurs heures, les conditions particulières de cet examen en clientèle, ainsi que le souci de perturber le moins possible le mode de vie de nos malades, nous a amené à appliquer cette méthode alors que le patient avait pris deux ou trois heures auparavant un repas léger, et nous n'avons jamais observé de nausées, à plus forte raison de vomissements.

Nous n'avons d'autre part jamais noté d'apnée profonde, même de durée très limitée. En revanche, une dysarthrie légère est habituelle quand le patient commence à parler ; elle peut se prolonger pendant dix à vingt minutes, mais jamais plus longtemps.

Le phénomène le plus intéressant à observer, dès cette phase initiale de la séance, est la sédation immédiate de l'angoisse. Le patient exprime un sentiment de soulagement d'autant plus important qu'il était plus anxieux, et si on observe attentivement le malade, on note un soupir profond qui précède l'apparition d'un rythme respiratoire plus lent et plus ample, en même temps que des mouvements diffus qui traduisent une décontraction musculaire généralisée. Très souvent les patients tiennent à souligner eux-mêmes cet état agréable en exprimant le fait qu' "il y a longtemps qu'ils n'ont pas respiré ainsi". C'est là, de toute évidence, l'effet immédiat de l'administration d'amytal-sodium.

Par la suite, lorsque la séance se poursuit, on note la disparition, plus ou moins rapide ou plus ou moins totale, des inhibitions qui interdisaient au patient d'aborder certains sujets particulièrement anxiogènes. Cette levée des inhibitions à laquelle s'ajoute une stimulation des fonctions mnésiques, sous l'action de l'amphétamine, provoque souvent, surtout chez les émotifs, l'extériorisation rapide de certains souvenirs à forte charge affective et la prise de conscience simultanée de conflits anciens jusque-là profondément enfouis.

Il est à souligner que, s'il est à peu près normal d'observer, le plus souvent lors de la première séance, une légère réaction émotionnelle qui s'extériorise par des larmes, parfois même des sanglots, la grande abréaction émotive, telle qu'elle est produite par le choc amphétaminique ou dans certains cas par l'administration du penthotal, est en revanche exceptionnelle.

LES EFFETS SECONDAIRES

Les EFFETS SECONDAIRES provoqués par la subnarcose amphétaminée semblent surtout liés à l'action de l'amphétamine, alors que les vingt ou trente minutes qui suivent l'injection nous avaient montré le sujet dans un état assez semblable à celui qui suit une narcose barbiturique simple.

Le plus souvent le patient est dans un état de sub-excitation logorrhéique assez analogue à celui que provoque une légère ébriété. Il se sent plein d'audace et de hardiesse. Cet état de choses permet de faciliter l'entretien. Le patient est plus désireux, semble-t-il de "saisir l'occasion" d'une interaction avec un autre être humain. Il se produit une réduction de sa multivalence, comme s'il n'était plus déchiré par ses mécanismes incontrôlables de "oui-non". Grâce à cette euphorie et à la diminution de son anxiété, le malade est dans un état privilégié qui permettra d'autant mieux l'investigation de son psychisme. Il est plus prêt et plus désireux d'exposer son "moi", d'une manière qui n'est plus défensive. Il ressent une surestimation de ce "moi", un dynamisme et une présence accrus, une diminution générale de sa tension psychologique et physiologique ; il a un sentiment aigu d'hyper-lucidité, une augmentation de sa puissance intellectuelle qui lui permet d'atteindre ses niveaux de conscience les plus profonds ("je ne savais que je m'en souvenais", dit-il, en évoquant tel ou tel souvenir "oublié").

On a l'impression que le patient, tout en se livrant à son introspection, parvient à prendre un certain recul ; il ne semble pas toujours "concerné" par ce qu'il raconte : "je vous raconte cette histoire comme si ce n'était pas la mienne".

Il est à noter également que, sous subnarcose amphétaminée,

le médecin peut faire passer son patient d'un sujet à l'autre avec une extraordinaire facilité. Le patient paraît ne pas "adhérer" à la situation qu'il "revit".

Quand, une heure environ après l'injection, le patient quitte le cabinet du médecin, seul le plus souvent, il manifeste tout au plus quelques signes d'ivresse légère qui disparaissent d'ailleurs dès qu'il a marché pendant un quart d'heure au dehors. La seule interdiction que nous ayons à formuler de façon absolue et formelle concerne le fait de reprendre le volant d'une voiture dans les heures qui suivent l'examen. Il est souvent nécessaire d'insister sur ce point auprès de certains patients qui, dans l'euphorie de la subnarcoïse amphetaminée, affirment être capables de mieux conduire que jamais.

Dans la nuit, il est fréquent d'observer un certain degré d'insomnie, laquelle est exceptionnellement totale. De toute façon, le mieux-être qui caractérisait l'entretien thérapeutique persiste de façon agréable le plus souvent. Le patient ne manifeste aucune angoisse, aucun nervosisme, et ne ressent le lendemain aucune fatigue. Il reste parfois logorrhéique, et certains sujets tiennent un interlocuteur éveillé jusqu'à une heure avancée de la nuit, pour l'entretenir de leurs problèmes personnels. Dans d'autres cas, le sommeil est normal. On peut même observer, rarement il est vrai, un certain degré d'hyposomnie.

Après un délai de vingt-quatre à trente-six heures, apparaît un état dysphorique de subdépression relative avec réapparition d'angoisse qui est d'autant plus vivement ressentie qu'elle succède à l'euphorie des heures précédentes.

On peut d'autre part observer une légère tachycardie et une élévation de la tension artérielle à peine marquée qui ne contre-indique pas la méthode chez les petits hypertendus. Par ailleurs on ne voit qu'exceptionnellement apparaître la céphalée qui suit habituellement le choc amphetaminique.

La subnarcose amphétaminée, méthode d'exploration du psychisme, n'est pas une "méthode-à-faire-les diagnostics". Elle est ce que le médecin la fait. Elle lui offre de grandes possibilités à condition qu'il sache l'employer. Bien souvent une seule séance sous subnarcose amphétaminée ne donne pas plus de renseignements psychiques ou somatiques sur le malade que si celui-ci était examiné sans aide pharmacologique.

Nous pensons qu'il ne faut pas "tout" attendre de cette séance. Le malade a auparavant été examiné plusieurs fois avant d'être soumis à ce nouvel examen, complémentaire. Cet examen peut se révéler positif et confirmer un diagnostic évoqué après de simples entretiens "cliniques" ; il peut aussi ne pas se révéler positif ; il ne faut pas pour autant se hâter de "conclure" ; il ne faut pas s'en tenir là.

Il est possible et souvent indiqué de pratiquer plusieurs examens du malade sous subnarcose amphétaminée, lesquels examens seront ou non entrecoupés d'entretiens sans agents pharmacologiques. En général on pratique à titre d'exploration de une à six séances.

Ici se pose la question de l'accoutumance et du risque de provoquer par l'administration répétée de fortes doses d'amytal et d'amphétamine l'apparition d'une toxicomanie à l'un ou l'autre produit. GALIBERT signale qu'il a traité plusieurs centaines de malades par cette méthode et qu'il n'a jamais vu apparaître la moindre toxicomanie, ni à l'amytal, ni surtout à la méthyl-amphétamine. Mieux : ayant été amené à traiter quelques cas de toxicomanies diverses, dont les alcoolomanes, il lui est arrivé de voir le sujet supprimer temporairement son toxique personnel ...

Les injections répétées ont par contre un inconvénient important : après un laps de temps variable, apparaît une sclérose veineuse, peu douloureuse en général, et que les patients considèrent comme peu gênante, mais assez durable : plusieurs mois sont nécessaires pour que les veines retrouvent leur perméabilité

et leur souplesse primitives. Cet inconvénient est surtout valable dans le cas de thérapies entreprises sous subnarcose amphétaminée, où le nombre de séances peut atteindre plus de cinquante. Dans le cas des explorations sous subnarcose amphétaminée, le petit nombre des injections pratiquées ne nous a généralement pas permis d'observer de sclérose veineuse.

LA CONDUITE DU MEDECIN

Grâce à l'intervention chimique, le patient est devenu plus "approachable" ; mais le thérapeute doit procéder de façon particulière. Nous allons essayer de préciser sa CONDUITE.

Le patient cherche à "guérir" en collaboration avec le thérapeute. Il doit parvenir à reconnaître que son attitude envers les autres et envers lui-même est perturbée. On doit l'aider à comprendre le sens de ses problèmes de "communication" de personne à personne. On explore la biographie du malade et ses problèmes du moment. On s'attache surtout à étudier ses mécanismes de pensée. La conduite du médecin semble ici différente en degré plutôt qu'en espèce de celle qu'il adopte vis-à-vis d'un malade qui n'a pas reçu d'injection. Peut-être la différence réside-t-elle dans une certaine délicatesse et une flexibilité, dans la mesure où on examine un malade "réticent", à tel point isolé, ou si près du point de désintégration qu'il s'engage à nier ou à s'esquiver à la plus petite provocation.

Le malade soumis à une investigation sous subnarcose amphétaminée doit être convenablement "préparé".

On doit procéder nécessairement à une ou plusieurs prises de contact réciproque au cours desquelles nous ne faisons jamais de narco-analyse. Nous avons à éliminer certaines préventions contre cette méthode que les malades associent souvent à l'idée de "sérum de vérité". Nous attachons de l'importance à indiquer au malade, par avance, que les substances que nous lui injectons ne provoquent pas le sommeil, bien qu'il doive s'attendre au début de chaque entretien à un court état d'hébétude. Nous lui disons qu'il restera éveillé et en pleine possession de ses facultés ; qu'il se sentira relaxé pendant la séance et pendant la journée

qui suivra cette séance. (Ceci est très important pour le patient qui admettrait mal l'injection comme un "examen", alors qu'il l'accepte comme intervenant dans une thérapeutique ; ceci d'autant mieux que l'effet de détente dû aux amphétamines provoquera chez lui une amélioration passagère). Nous précisons aussi que notre procédé n'est pas magique, nous disons simplement au patient que, aidé par les médicaments, il sera capable de parler de ce qui l'embarrasse sans éprouver pour autant inconfort ni anxiété. Nous l'assurons, en outre, qu'il lui sera possible de cacher toute information qu'il ne désire pas révéler.

Il faut rappeler ici que cette méthode est en principe contre-indiquée à tous les patients qui en éprouvent une crainte marquée et persistante.

Dans toutes ses conduites à l'égard du patient, le médecin doit accorder sa première attention à la qualité et à la signification de la relation émotionnelle qu'il obtient entre ce patient et lui-même. Le meilleur des états psycho-physiologiques ne fait qu'ouvrir la porte à la possibilité de créer une sorte de lien unique, sans lequel la psychothérapie, dans tous les cas, est vouée à l'échec. Seuls des liens émotionnels très forts et très favorables permettent au patient de surmonter son isolement, de se frayer un chemin à travers ses grandes anxiétés, à renoncer à ses attitudes négatives à l'égard de la vie et de la psychothérapie.

Du début à la fin, le médecin doit offrir la garantie, à chaque niveau de communication, qu'il est "celui-qui-comprend" ou du moins "celui-qui-veut-comprendre" et qu'il s'intéresse réellement au patient et à ses problèmes. Il doit faire sentir au patient que ce "traitement" est une "aventure commune", une "rencontre". Il doit communiquer cette attitude de façon active. Le patient réfractaire doit avoir le sentiment qu'il est aimé et accepté, qu'il a valeur aux yeux de quelqu'un, que son médecin s'intéresse à lui comme à une "personne", qu'il fait un effort sincère pour le chercher. Le patient peut ainsi se comporter à l'égard d'un autre être humain sans être humilié ou injurié par "l'expérience". Nous voici loin des "sérums de vérité" et des "méthodes-à-faire-les-diagnostics".

Le patient réfractaire n'accepte l'interaction qu'à ce prix. En revanche, le patient est "sensibilisé". Il est prêt à bondir sur toute erreur, sur toutes fausses manoeuvres du médecin, les interprétant comme preuves d'insincérité, d'incompétence, de mauvais vouloir ou de manque de chaleur ou d'intérêt.

Le médecin non seulement montre "qu'il prend soin" de son patient ; il doit démontrer aussi bien qu'il a la capacité de réagir de façon appropriée aux besoins, constamment différents, de son patient. Ceci sous-entend que le médecin n'est pas lié par les "rituels" de sa profession et qu'il peut répondre rapidement par un mot ou un geste à ce que le patient est en train de penser ou de faire à un moment donné.

Cette méthode impose au médecin une attitude active qui s'oppose à celle des psychanalystes par certains traits. S'il peut en effet laisser le malade procéder par libres associations d'idées, il doit, toutes les fois qu'il le jugera bon, intervenir : il "conduit" l'entretien.

Pour faciliter cette sorte d'interaction, le médecin devra s'asseoir dans un fauteuil d'où il peut voir le patient et d'où le patient peut le voir en retour. Ainsi patient et médecin à la fois peuvent tirer parti des répliques verbalisées ou non.

L'exploration sous subnarcose amphétaminée peut se faire en deux à cinq ou six séances de une heure environ. Ainsi nous amenons le malade, par de petites interventions qui consistent en des questions non traumatisantes, à extérioriser un matériel constitué de souvenirs, de remarques, de considérations sur son comportement envers autrui ou le comportement des autres à son égard, matériel que nous ne tentons pas d'analyser immédiatement. Nous orientons le monologue du patient, le laissant s'habituer à parler sans être interrompu ou contredit s'il est spontanément loquace, l'entraînant au contraire à parler de lui-même s'il est d'un naturel taciturne. Même si des explications nous apparaissent à ce stade, nous nous retenons de les interpréter imprudemment.

Ce que l'intervention pharmacologique appropriée semble apporter au malade est la création d'un état de perméabilité. (que certains d'ailleurs ont songé à utiliser aux fins de psychothérapie).

Cette perméabilité joue certes un rôle dans la facilitation de l'exposé des problèmes du malade à son médecin ; mais elle joue un rôle, essentiel, dans la résurgence de niveaux de conscience très profonds, quelquefois insoupçonnés par le malade lui-même. Simultanément, sous l'effet des barbituriques et des amphétamines, on tente de parvenir à ce que DELAY a appelé "les dissolutions de la mémoire" :

- "la mémoire est une architecture fonctionnelle faite d'instance de niveaux psychologiques différents".

- Rappelons à un premier niveau la mémoire sensori-motrice qui "non seulement est automatisme mais automatisme de la mécanicité ... son étude relève essentiellement de la psycho-physiologie".

- "La mémoire sociale ou intellectuelle qui est définie par la conduite du récit. C'est une mémoire logique, impliquant un jugement d'antériorité, c'est-à-dire un ordre rationnel, des représentations collectives, immuables, impersonnelles et stables". C'est une mémoire sociale qui constituera un premier barrage à l'extériorisation des phénomènes de désintégration de la personnalité ; un moyen de défense.

- au niveau le plus profond, "la mémoire autistique qui s'observe à l'état pur, chaque fois qu'il y a dissolution de la mémoire sociale, par exemple dans les rêves et dans les délires. Elle est faite de toute l'imagerie mentale ... Son mécanisme n'est pas celui de la mécanicité mais de la spontanéité. Le flot de la mémoire autistique charrie des automatismes tout montés empruntés à la mémoire sensori-motrice et des fragments des cadres disloqués de la mémoire sociale, mais il les réunit et les entraîne où il veut selon les exigences de sa logique interne qui obéit aux lois du dynamisme inconscient. La mémoire autistique apparaît en continuité avec la vie secrète des tendances d'ordre affectif, avec le moi profond, avec le moi en tant qu'il dure, bref avec la durée psychologique

au sens de BERGSON. Par là elle rejoint ce que BERGSON a appelé la mémoire pure, la mémoire dynamique, toute en tension et d'ordre spirituel, faite de nos tendances vivantes. Elle plonge ses racines dans l'inconscient où le passé semble surtout revivre sous sa forme affective".

C'est cette mémoire autistique que nous voulons faire resurgir. Il semble que simultanément lors de l'injection, les barbituriques levant le voile de la mémoire sociale, nous apparaisse cette mémoire autistique, image fragile et pâle que va pêcher profondément l'amphétamine et la révéler à la façon d'un révélateur photographique.

Mais il serait imprudent de croire à la véracité des récits que nous fait le malade. Les amphétamines, pas plus que les barbituriques, ne sont des "sérums de vérité". Et si le malade entend réellement garder pour lui tel détail, la drogue ne lui fera pas le révéler. L'authenticité est sans importance d'ailleurs et les éléments révélés peuvent être très utilisables, même s'ils ne représentent pas exactement la vérité, à condition que la situation dans son ensemble permette son utilisation.

LES AVANTAGES DE LA METHODE

Les AVANTAGES DE LA METHODE ont été décrits par GALIBERT en 1960 : "nous employons simultanément l'amytal et la méthylamphétamine au lieu de pratiquer une série de narco-analyses, coupée au besoin par un ou plusieurs chocs amphétaminiques ; d'abord parce que ce dernier, s'il constitue un instrument d'investigation précieux, se trouve être d'un emploi difficile. Il est impossible au psychiatre d'en prévoir les effets, qui dépassent parfois démesurément son attente. Par les réactions physiologiques et psychologiques secondaires qu'il entraîne, il est formellement contre-indiqué chez les anxieux et les déprimés dont il aggrave parfois l'état de façon spectaculaire, et il est de toute façon ressenti comme extrêmement déplaisant par le patient qui en garde en général un très mauvais souvenir. Ces particularités s'ajoutant au fait qu'il provoque parfois des abréactions difficilement contrôlables, limitent son emploi au cas de malades hospitalisés ...

... Par ailleurs, la méthode consistant à pratiquer des narcoses ou subnarcoses simples à l'amytal, si elle amène une sédation rapide de l'anxiété, livre au psychothérapeute un malade plus ou moins somnolent, qui s'exprime sans réticence, mais avec moins de spontanéité ... De plus, le malade demeure pendant plusieurs heures hors d'état de mener une vie normale, ce qui n'est pas le cas de nos patients, exception faite des heures qui suivent les deux ou trois premières séances. Les narcoses simples ne sont d'ailleurs pas exemptes de danger et leur répétition provoque la même sclérose veineuse qui se produit avec notre méthode.

L'innocuité et la facilité d'emploi pour le thérapeute, les réactions subjectives agréables chez le patient ... sont les principaux arguments qui nous amènent à préconiser l'emploi simultané des deux produits, qui provoque l'apparition d'un état associant

les effets utiles d'une subnarcose à l'amytal et ceux d'un infra-choc amphétaminique, tout en éliminant les inconvénients de la narcose et ceux du choc ..."

A ces arguments parmi lesquels nous retiendrons surtout l'innocuité, nous nous permettrons d'en ajouter d'autres.

D'abord, le bien-être transitoire ressenti par le malade pendant la séance et les heures suivantes lui font vivre cette séance dans un contexte thérapeutique ; ceci est important dans la mesure où l'on répétera ces séances ; il serait en effet difficile de faire admettre au malade qu'il ne s'agit là que d'examen complémentaires. Au contraire la détente et l'euphorie secondaire constituent souvent une "pause" dans l'histoire de la maladie. Par contre il ne faut pas laisser croire au malade qu'on lui fera une injection à chaque fois qu'il manifestera de l'angoisse.

Surtout nous insisterons sur l'étendue des indications de la subnarcose amphétaminée exploratrice.

Le choc amphétaminique présentait surtout un intérêt diagnostique "en provoquant l'extériorisation discontinue de conscience" ; c'était "plutôt un mode d'action sur les réticences" qui réalisait le mieux l'exploration de :

- mutismes mélancoliques,
- formes atypiques de la psychose maniaco-dépressive,
- des états schizophréniques ...

La narco-analyse, "explorant le subconscient", trouvait plutôt ses indications dans les :

- amnésies hystériques,
- réticences,
- simulations de tous ordres,
- crises nerveuses de type hystérique ou comitial ...

La subnarcose amphétaminée semble à elle-seule résumer les indications de l'une et de l'autre et réaliser une "standardisation" des méthodes exploratrices du psychisme.

OBSERVATIONS

C'est dans le domaine des psychoses surtout que la sub-narcose amphétaminée se montre utile comme moyen d'investigation.

Elle peut être simplement utilisée pour faciliter l'interrogatoire dans des cas de mutisme ou de réticence ; le plus souvent elle apporte de précieuses données sur le "contenu" de la psychose et sur la façon dont elle s'est organisée au cours de son évolution. Le malade peut retrouver par exemple, un épisode onirique ou une expérience délirante primaire, dont l'existence n'avait pu être soupçonnée, même par l'interrogatoire le plus minutieux, à l'état de veille.

Obs. n° 1

"Monsieur P.A., 38 ans, entre dans le Service, "contraint" "par sa femme qui s'inquiète de son comportement bizarre, surtout "depuis quelques semaines. Elle se montre assez agressive pour nous "raconter la vie de M. A. : celui-ci est issu d'une excellente famille de juristes ; il était ingénieur-agricole lorsqu'elle le rencontra en 1954 et l'épousa. Il était fin, intelligent. Il n'a jamais manifesté beaucoup de passion pour son travail, ce qui motivait mal cependant une très grande instabilité professionnelle. "Il change plusieurs fois des situations, reste parfois plusieurs mois "sans travailler, passant une partie de son temps à écrire. Mme A. "doit accepter un poste d'institutrice pour subvenir aux besoins "du ménage qui s'est agrandi de deux enfants Dernièrement, "M. A. exerçait la profession de vendeur dans un grand magasin ... "Le ménage se dégrade ; Monsieur A. se montre nerveux, voire "violent ; plus instable que jamais, il courtise les amies de son "épouse. Cette dernière l'apprend ; elle apprend aussi qu'il a "quitté son travail depuis plusieurs semaines, lui faisant croire "qu'il travaillait toujours.

"En outre, depuis quelque temps Monsieur A. se montre encore plus "bizarre et plus "nerveux" que d'habitude : "il se plaint d'entendre "des bruits". "C'est infernal le bruit ... On nous entend ... Il "y a des micros partout ..."

"A son entrée", Monsieur A. explique : "Je suis parfait-
"tement sain de corps et d'esprit. Ma femme par rébellion m'a fait
"examiner au sujet des bruits par un neurologue. Mais pour moi un
"bruit, c'est un son ; ce n'est pas pathologique ... Ils n'avaient
"pas de significations particulières, ils étaient neutres ... J'é-
"tais assez fatigué à cause de la période des jouets (Grand Magasin
"où il travaillait)...

Au cours des différents entretiens que nous avons eus avec Monsieur A., on ne note pas d'éléments délirants ni même discordants évidents. Cependant le malade donne l'impression de jouer un certain rôle de "normalité".

S'agit-il d'un déséquilibre psychopathique ? - Sa femme déclare qu'il a toujours été déséquilibré et elle voudrait bien divorcer. Son père pendant ce temps écrit au Procureur de la République pour protester contre l'internement arbitraire.

On décide alors de pratiquer une exploration sous sub-narcose amphotaminée (eunocet 50 cg)
(tonétron 30 mg)

Il extériorise alors un véritable délire paranoïde :
"Je dois gouverner la France ... J'ai été choisi par le Général
"de Gaulle sans qu'il me connaisse.... Un certain nombre de per-
"sonnes sont au courant, me contactent par allusions ; c'est eux
qui ont placé des micros chez moi ... J'irai peut-être à Versail-
les, j'ai d'ailleurs une ressemblance avec Louis XIV ... J'ai
caché ma mission parce que j'avais peur qu'on me prenne pour fou
... J'espère que tout cela ne gênera pas ma sortie ... "

Les autres entretiens que nous avons eus avec lui, à la suite de son séjour, les tests psychologiques ont concouru à démontrer qu'il s'agissait d'une psychose paranoïde évoluant probablement depuis un an avec désordre du comportement dans le milieu familial.

La S. N. A. a permis l'extériorisation du délire mégalomaniaque ainsi que du syndrome d'influence. Les antécédents, depuis plusieurs années, faits de difficultés professionnelles, paraîtraient symptomatiques d'un détachement de l'activité pragmatique, ainsi que de la méconnaissance des difficultés familiales réelles.

La subnarcose amphétaminée ne met pas toujours -hélas- en évidence une symptomatologie aussi riche. Elle apporte cependant de précieuses indications dans l'évaluation diagnostique de cas marginaux. Elle réalise en effet une véritable dissolution psychiatrique expérimentale, une régression de l'organisation psychique au niveau d'un comportement instinctivo-affectif élémentaire. Dans cette dissolution, les symptômes négatifs qui forment le noyau d'une psychose sont peu modifiés ; au contraire, les symptômes positifs, qui traduisent le travail d'organisation secondaire et qui souvent masquaient par leur efflorescence les troubles les plus profonds, subissent au cours de la subnarcose amphétaminée des transformations parfois surprenantes ; d'autres fois, ils disparaissent de façon temporaire ou définitive. Dans l'un et l'autre cas, leur labilité, qui s'oppose à la stabilité des symptômes négatifs, permet de les identifier.

Obs. n° 2

"Monsieur D. est un garçon de 30 ans, célibataire, qui "ne se considère" comme malade" que depuis peu de temps, depuis que "son médecin de famille le lui a dit. Ce dernier s'inquiétait, à "juste titre semble-t-il, des échecs successifs subis par Monsieur "D. aux différents examens de médecine qu'il présente depuis 12 "ans. En effet, après des études secondaires brillantes, Monsieur "D. avait entrepris sa Médecine, passé son P. C. B. du premier "coup, doublé chacune des deux premières années, triplé la troisième qu'il parvenait à passer avant son départ au service militaire. A son retour, il reprend ses études ... Actuellement, il "triple sa quatrième année. A chaque fois le processus est le même: "il ne se présente pas aux examens, sans trouver d'explication valable, bien qu'il se dise prêt à chaque fois ...

"... Il se présente les yeux protégés par d'épaisses lunettes noires et parle avec volubilité. Il raconte assez volontiers son enfance de fils unique, né plusieurs années après la mort d'un enfant en bas-âge. Il se décrit comme "surprotégé" par une mère "qui accumulait des dépressions nerveuses ; son père "jouait avec lui son rôle déingénieur".

Ce qui nous étonne le plus c'est qu'il ne soit pas plus inquiet de ses échecs, qu'il rattache naturellement à une difficulté de plus en plus grande des études médicales. Quand il ne se présentait pas c'était pour se préparer encore mieux et ainsi ne pas "griller une session".

Plusieurs entretiens successifs ne nous apprennent rien de plus. Nous pratiquons une série de cinq S. N. A. au rythme de deux par semaine (eunoctal 40 cg)

(tonédron 20 mg)

Il nous parle de ses problèmes sexuels, il fréquente les professionnelles : "je les veux jolies et surtout gentilles". Pendant leurs entrevues, il passe son temps à leur parler de pureté et tente de les ramener au droit chemin ... Il nous parle aussi de ses préoccupations professionnelles, désireux, dit-il, de passer les concours hospitaliers et d'arriver jusqu'à l'agrégation ... Il nous entretient surtout de "discipline" de sa vie, il étudie les méthodes Borg, l'autosuggestion, les méthodes respiratoires ; il pratique le yoga et s'intéresse en général aux sciences parapsychologiques.

Pendant la période où il a consulté régulièrement, sa mère a fait une tentative de suicide aux barbituriques et est restée plusieurs jours dans le coma. Monsieur D. nous en a fait part avec une très grande neutralité affective qui contrastait avec "l'amour qu'il porte à sa mère".

Le manque de tonalité affective, la rationalisation morbide qu'il a opposée à certaines de nos objections, son attitude déréelle, tant vis-à-vis de la sexualité que de son avenir professionnel, enfin un certain "parfum" nous ont fait évoquer la psychose. Les tests pratiqués ont confirmé nos doutes : "grandes

difficultés de contact avec repli sur soi et vive activité phantasmatique. On remarque en outre quelques aspects marginaux, et, en l'absence d'éléments névrotiques caractérisés, l'ensemble évoque une structure psychotique avec des mécanismes de défense rigides sur un mode obsessionnel et caractériel permettant une adaptation relative et fragile".

Il nous a paru prudent de ne pas pousser plus avant les investigations sous subnarcose amphétaminée.

Obs. n° 3

"Monsieur P., 22 ans, employé de banque, est né à Avignon où habitent toujours ses parents. Le début de ses troubles remontent à son entrée à la banque, à 18 ans 1/2 : "ce qu'il faisait n'était pas conforme à ce qu'il devait faire". Il reconnaissait lui-même que son rendement n'était pas ce qu'il aurait dû être : somnolences dans la journée, des difficultés de concentration, des difficultés d'évocation sans troubles mnésiques vrais. Ces difficultés ont été croissantes, d'autant que son travail ne le passionnait pas. Il fait son service militaire sans incident et reprend son travail en juillet 1963. Un arrêt de travail, début 64, est ordonné par le Dr. R. d'Avignon. On pratique un électro-encéphalogramme qui aurait montré une anomalie à l'hyperpnée et de grandes ondes hyper-synchrones. Monsieur P. est alors traité par mysoline + laroxyl qui entraînent une légère amélioration.

"Il vient à Paris à la fin de l'année 1963 vivre chez sa soeur et son beau-frère. Il s'y fiance. Son comportement n'est pas modifié : il redemandait fréquemment parce qu'il les avait oubliées des choses qu'on lui avait expliquées. Il ne présente pas de céphalée, mais une sensation de besoin de sommeil ; il prend du café pour lutter.

"Dans les antécédents, on note une convulsion à 3 ans 1/2. "Pas de troubles rattachables à la comitialité en dehors de cela. "Pas de maladie grave."

Devant ce tableau, on a initialement évoqué une hébéphrénie ; ensuite les tests et l'E.E.G. ont fait chercher une origine

organique ; enfin on n'élimine pas l'hypothèse d'un déséquilibre avec attitude névrotique.

On pratique une série de six subnarcoses amphétaminées, entrecoupées d'entretiens sans agent pharmacologique :

(eunoctal 50 cg)

(tonédron 30 mg)

Monsieur P. fait remonter ses difficultés à sa petite enfance. Il est issu d'une famille israélite d'Europe centrale qui a changé de nom au moment de la guerre et lui a laissé ignorer son origine jusqu'à l'âge de 14 ans. Ce fait l'a beaucoup marqué, d'autant plus que ses parents se sont attachés à ce moment-là très rigoureusement à faire son éducation religieuse ... Il fait ses études jusqu'en seconde, abandonne à seize ans pour des "raisons d'idéal" : pensait alors se rendre en Israel dans un kibboutz ; cela ne s'est pas fait ; après un séjour dans une ferme-école, le groupe de ses camarades s'est dissocié et il a renoncé au voyage ... Il rentre chez ses parents, hésite à reprendre ses études et préfère alors devenir employé de banque que de travailler dans l'épicerie familiale. Il ne s'adapte pas. Se plaint de difficultés de concentration : en réalité, il ne parvient pas à se plier aux routines du travail Il profite de son arrêt de travail pour venir vivre à Paris chez sa soeur, reprend son travail dans la même société, mais à Paris et à mi-temps, ce qui lui permet de passer successivement les deux parties du baccalauréat. Signale toujours cependant des difficultés d'adaptation et d'organisation de son travail, et un état dépressif qu'il rattache à la rupture de ses fiançailles, "qui comblaient les projets de ses parents", car elle était israélite elle aussi "....

Au cours des entretiens que nous avons eus avec Monsieur P., nous n'avons noté aucun signe en faveur d'une évolution psychotique. Il nous semble plutôt s'agir d'un déséquilibre psychopathique qui manifesterait à la fois son refus d'intégration à une cellule familiale rigide et son impossibilité d'adaptation professionnelle et sociale.

Les derniers tests pratiqués font apparaître (RORSCHACH) les inhibitions et la coartation de la personnalité et mettent en évidence (MMPI) l'immaturation affective, l'anxiété, l'absence d'auto-critique et les problèmes sexuels.

Les résultats de ces tests, pas plus que ceux de nos subnarcoses amphétaminées exploratrices, ne donnent ici la clé du diagnostic : ils ne tendent qu'à écarter -temporairement- l'affirmation de l'hébéphrénie.

Nous venons de voir comment la subnarcose amphétaminée permet de préciser les traits d'une structure psycho-pathologique. Compte tenu des causes d'erreurs que nous avons signalées, elle peut rendre de grands services lorsqu'il s'agit d'écarter l'éventualité d'une psychose.

Dans le domaine des névroses, elle apporte d'autre part au diagnostic des précisions qui peuvent être particulièrement importantes dans certains cas.

C'est ainsi que les amnésies "affectives" (qu'il n'est peut-être pas toujours exact de qualifier d'hystérique) sont l'une des meilleures indications de la subnarcose amphétaminée. Elles cèdent le plus souvent avec une extrême facilité, et le récit de la période "oubliée" présente une exactitude, une richesse de détails qui montrent l'importance extrême de ce qui avait été chassé de la mémoire.

De même l'apparition, au cours de la subnarcose, de symptômes hystériques et en particulier de crises psycho-motrices spectaculaires, a une valeur diagnostique certaine, car elle ne se produit que chez les sujets ayant fait la preuve par des accidents antérieurs de leur prédisposition à l'hystérie.

Obs. n° 4

"Mme M., 27 ans, est adressée à la consultation pour un "état dépressif réactionnel à la mort brutale de son mari, emporté "en quelques mois par une maladie de Hodgkin, deux ans auparavant. "Je ne veux pas y croire", répète-t-elle sans cesse. Elle présente

"d'autre part des manifestations pithiatiques : boule dans la gorge, "crises de nerfs", qu'elle décrit avec beaucoup d'imprécision."

Nous l'examinons sous subnarcose amphétaminée :

(eunotal 40 cg)

(tonédron 15 mg)

Dès la fin de l'injection apparaît une crispation des mains du type "griffe cubitale" serrée, qui persiste pendant trois minutes environ, laissant place à une abréaction importante avec crise de larmes et un état de résolution musculaire. Nous avons observé, d'autre part, une crise semblable survenue à l'état de veille quelques jours plus tard alors qu'elle attendait le médecin dans la salle d'attente. Nous avons demandé un dosage de la calcémie qui s'est révélé normal. Un E.E.G. enregistré immédiatement (moins de cinq minutes) après cette "crise" a conclu : tracé sans anomalie importante.

Tous ces examens ont confirmé l'observation du "syndrome hystérique" apparu sous subnarcose amphétaminée.

La subnarcose amphétaminée, cependant, ne peut être donnée pour un "test" du phithiatisme, car elle n'en déclenche pas toujours les manifestations.

Mais le principal intérêt de l'exploration sous subnarcose amphétaminée est sans doute d'apporter, dans tous les cas, un matériel psychologique plus abondant que le simple interrogatoire ; à cet égard, autant que la nature des faits recueillis, c'est la façon dont le malade les rapporte qu'il faut savoir interpréter. Les symptômes plus ou moins apparents d'émotion, les hésitations, les silences qui accompagnent certaines évocations sont autant les guides qui s'offrent au narco-analyste pour le conduire à la "localisation de l'affect", ou plutôt des affects, car il est rare que toute la charge émotionnelle soit concentrée sur une seule expérience ou sur un seul conflit.

Nous voudrions insister sur l'aide précieuse que nous a apportée l'exploration de malades sous subnarcoses amphétaminées, lorsqu'il s'est agi de confirmer ou d'infirmer un diagnostic éventuel d'organicité.

Obs. n° 5

"Monsieur F., 42 ans, marié, 7 enfants, nous est adressé
"par un service de neurologie. La maladie actuelle date de juin
"1962 : il éprouve en arrivant à son atelier de fonderie un malaise
"brutal avec lourdeur dans le bras droit, dérochement de la jambe
"droite et difficulté à articuler, sans trouble de la compréhension
"et sans oubli de mots.

"Après une hospitalisation d'une semaine, le léger déficit
"s'atténue, mais les difficultés de langage persistent.

"Il est transféré en neuro-chirurgie où tous les examens
"pratiqués se révèlent normaux (artériographie, ventriculographie,
"E.E.G.). Mais on retrouve alors dans les antécédents un épisode
"de subconfusion avec fièvre à 40°, céphalées et vomissements, en
"1947, étiqueté alors "pseudo-méningite". Les céphalées occipitales
"avaient persisté, à intervalles plus ou moins espacés, mais sans
"nouvel épisode franchement pathologique.

"En 1962, après sa sortie de l'hôpital, son état s'est
"légèrement amélioré, puis les céphalées, troubles de l'humeur,
"et le bégaiement s'accroissent de nouveau et il ira d'hôpital en
"hôpital"

A son entrée dans le service, il se présente avec :

- débit verbal monotone et bégaiement caricatural,
- troubles de la mémoire,
- angoisses,
- propos teintés de culpabilité,
- pas d'anxiété véritable.

Il se plaint toujours d'une impression de lourdeur de l'hémicorps droit. A l'examen, on note : marche à pas lents, talonne à droite, perte du balancement du membre supérieur gauche. A la station debout, pas de signe de Romberg. Augmentation des réflexes de posture du côté droit et exagération du réflexe naso-palpébral. Au total, une légère atteinte extra-pyramidale prédominant au visage et aux membres supérieurs droits. On garde à l'esprit les arguments en faveur d'une étiologie organique indéterminée sans pouvoir toutefois éliminer l'existence d'une névrose hystérique de conversion.

On pratique une série de quatre subnarcoses amphétaminées, entrecoupée d'entretiens sans agent pharmacologique. Lors des deux dernières subnarcoses amphétaminées, alors qu'auparavant il refusait le contact, et conservait une attitude figée, il se détend et il évoque spontanément le début de ses troubles en 1962 : il rattache lui-même le malaise initial à une période de difficultés psychologiques majeures, socio-professionnelles et conjugales ...

On note une atténuation du bégaiement après dix minutes. On le lui fait remarquer. Il explique : "le bégaiement est venu d'un seul coup il y a trois ans quand j'ai arrêté de travailler parce que j'avais des malaises ... Dans la fonderie, je voudrais au moins être chef, commander au personnel : pour ça, il me faut causer mieux" ...

La disparition du bégaiement sous subnarcose amphétaminée, le "matériel" exprimé par le malade nous ont conduit un peu plus avant vers le diagnostic de syndrome hystérique. Les tests psychologiques ont précisé : "plusieurs manifestations névrotiques avec inhibition, répression des affects. Préoccupations somatiques et hypocondriaques. Eléments phobiques. Immaturité. Hyper-émotivité. Absence de pénétration psychologique".

On élimine l'hypothèse d'organicité et on pose le diagnostic de syndrome hystérique.

CONCLUSION

Parmi les méthodes biologiques employées en clinique psychiatrique, la subnarcose amphétaminée est l'une des dernières nées ; elle n'a en soi rien d'original puisqu'elle tire ses racines de la narco-analyse d'une part, du choc amphétaminique d'autre part.

Son intérêt réside surtout dans le fait que c'est une méthode d'investigation sans danger, dont les indications sont très larges.

Elle réalise l'association d'une narco-analyse et d'un infra-choc amphétaminique, tout en éliminant les inconvénients de la narcose et ceux du choc.

Elle consiste à injecter par voie intra-veineuse un mélange amytal-sodium-méthylamphétamine. On obtient :

- sur le plan pharmacologique, un meilleur "contrôle" de chacune de ces substances ;

- sur le malade lui-même, un sentiment de détente et d'euphorie qu'il vit comme une amélioration de son état ;

- dans le domaine de l'investigation, des renseignements sur le "contenu", mais aussi sur la structure des syndromes psychiatriques. La subnarcose amphétaminée permet, grâce à l'action combinée du barbiturique et de l'amphétamine, en même temps une levée des réticences et une atteinte de plans de conscience profonds. Elle semble rendre le malade "perméable" et permettre aux éléments de sa mémoire autistique une résurgence, puis une possibilité de s'exprimer, fournissant ainsi au médecin un "matériel" qu'il analysera. C'est une méthode d'investigation. Le médecin a dans tous les cas examiné cliniquement le malade et procède à cet examen complémentaire avec déjà une idée diagnostique.

Cette méthode impose au médecin une attitude active qui

diffère par certains traits de celle des psychanalystes. S'il peut en effet laisser le malade procéder par libres associations d'idées, il doit, toutes les fois qu'il le jugera bon, "intervenir". Son intervention devra se faire dans le sens d'une activation des souvenirs : il pose des questions, "conduit" l'entretien pour faire la lumière sur des secteurs restés plus ou moins dans l'ombre, lors des entretiens précédents. Il recueille tous éléments et toutes indications psycho-somatiques pour lever le doute entre les différents diagnostics cliniques évoqués.

Son intervention devra se faire aussi dans le sens d'une "maîtrise" des souvenirs du malade et de la résurgence de ses niveaux de conscience, à chaque fois qu'il jugera dangereuses pour celui-ci leur évocation et leur évidence brutale.

L'entretien sous subnarcose amphétaminée n'est pas amnésique ; ce qui implique une grande prudence lorsqu'on provoque l'évocation de conflits profondément enfouis ou l'explosion d'un délire.

En procédant par cette méthode d'investigation, il faut en tous cas se garder de donner au malade des "interprétations" qu'il acceptera d'autant plus facilement que sa critique sera affaiblie par l'effet pharmacologique de l'injection pratiquée.

On voit ainsi à quel point cette méthode, en elle-même sans danger, est une arme à double tranchant ; mais compte tenu de cette difficulté d'emploi que nous avons signalée plus haut, à laquelle palliera la prudence du clinicien, il ne faut pas hésiter à pratiquer une ou plusieurs subnarcoses amphétaminées à chaque fois que le diagnostic est hésitant. Il ne faut pas perdre de vue toutefois que cette méthode ne confirme un diagnostic que si elle est positive, mais ne l'infirmes pas si le malade, tant par son discours que par son attitude, ne révèle rien de plus sous l'effet de la drogue.

Nous nous contenterons pour conclure de rappeler l'aide précieuse que nous a apportée cette méthode dans le diagnostic de cas "border-line" et de ceux où l'hypothèse d'organicité était

soulevée.

.La subnarcoase amphétaminée, méthode d'investigation pharmacologique en clinique psychiatrique, ne doit plus être considérée comme un "sérum de vérité", mais comme un "examen complémentaire" qui ne vise qu'à confirmer un diagnostic, permettant d'imposer ainsi, dans un second temps, des sanctions thérapeutiques.

Vu le Président de Thèse

Pr. J. DELAY

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1. ABELY P.- CHANEAC H. - et VAN ECLOO M.-

Essais thérapeutiques de rééquilibration instinctive et affective
(Ann. méd.-psychol., 1951)

2. ADATTO C.P. -

Observation narco-analytiques de quelques criminels
(Arch. Neurol. Psych. Juillet 1949)

3. ALAJOUANINE T.- SCHERRER J. - et SCARPALEZOS S. -

Modifications de troubles neurologiques permanents au cours de la narcose barbiturique
(Sem. Hôp. Paris, 22 Févr. 1949)

4. AMBROSETTO C. -

Les barbituriques par voie endoveineuse dans la thérapeutique neuro-psychiatrique moderne
(Progr. di Terapia, 1949)

5. ARIAN E. -

Subnarcose et narco-analyse
(Minerva mod., 7 Avril 1949)

6. ARIAN E. -

La subnarcose avec les barbituriques d'action rapide et brève comme auxiliaire de la psychothérapie dans les névroses
(Rassegna di Studi Psichiat. 1948)

7. ASHBY W.R. -

The cerebral mechanisms of intelligent action
(Perspectives in Neuropsych. in D. RICHTER ED. London 1950)

8. AUGUIN P. -

La psychanalyse chimique
(Thèse Lyon, 1946)

9. BEAUDOUIN H. - CHANES C. - JOYEUX J. - et QUERCY D. -
L'ortédrine intraveineuse dans la pratique psychiatrique
(Ann. méd. psychol., 1949)
10. BELLUSI G. - et GRANONE F. -
La narcothérapie dans le bégaiement
(Riv. Oto-neuro-ophthalmol., Nov. Déc. 1949)
11. BENNET E.A. -
Anxiety states in war
(Med. Press. 1941)
12. BENNOUN -
Gynécologie et narco-analyse
(Soc. franç. Gyn. Févr. 1950)
13. BERNHEIM H. -
Suggestive therapeutics
(trans. by C.A. Herter. G.P. Putnam's sons., 1902)
14. BERTAGNA L. -
Un traitement des accidents moteurs du pithiatisme :
l'injection intraveineuse unique d'amine psychotonique.
(Rev. neurol. Févr. 1951)
15. BESSIERE R.- et FUSSWERK J. -
Hypno-analyse chimique. Essai sur les comportements
schizophréniques
(Ann. méd.-psychol. Paris, Nov. 1948)
16. BESSIERE R.- et FUSSWERK J. -
L'hypnoanalyse dans les états schizophréniques et l'au-
tomatisme mental.
(Masson, édit., Paris 1950)
17. BILLET J. - LAFON R. et BILLET B. -
Un cas de claustration volontaire ayant débuté il y a
9 ans , guéri par narco-analyses.
(Montpellier méd., Oct. 1952)
18. BLEKWENN W.J. -
Sodium amytal in certain nervous and mental conditions
(Wisc. med. J., 1930)

19. BOBON J. -

Impuissance datant de 3 années analysée et guérie en
une seule séance de subnarcose
(Acta neurol. psych. belg. Juin 1949)

20. BOBON J. et DELREE C. -

Narco-analyse d'un invalide de guerre hémiplégique depuis
8 ans. Troubles fonctionnels prédominants. Sursimulation
(Acta neurol. psychiatr. bel. Juin 1949)

21. BOFIL-TAULER P. -

Au sujet de la narco-analyse
(Medicina clin. Déc. 1952)

22. BOURDON J. -

La subnarcose barbiturique, méthode d'exploration du
psychisme
(Acta neurol. psychia. belg. Déc. 1951)

23. BOURDON J. - FLAMENT J. et De WAELE J.P. -

Etude expérimentale de la réticence en narco-analyse
(Acta neurol. psychiat. belg. Août 1952)

24. BRAID J. -

Neurypnology
(Edited by A.E. White, Redway 1899)

25. BRAMWELL J.M. -

Hypnotism, its history, practice, and theory
(Rider. 1903)

26. BRANTMAY H. -

Emploi des substances narcotiques dans l'expertise médico-
légale psychiatrique
(Presse méd. 12 mars 1949)

27. BRODER S.B. -

"Sleep induced by sodium amytal"
(Amer. J; Psychiat. 1936)

28. BROWN W. -

Mind, medicine, and psychotherapy
(Edward Arnold, 1934)

29. BROWN W. -

Mind, medicine, and metaphysica.
(Oxford University press., 1936)

30. BROWN W. -

Psychological methods of healing.
(University of London press., 1938)

31. CAMPBELL A. M. G. -

Evipan
(Guy's Hospital reports, 1938)

32. CANALI G. -

Le "Pentatione" dans le traitement narco-analytique des
syndromes psycho-névrotiques.
(Riv. terap. prat., Mai-Juin 1949)

33. CARCUPINO F. -

La narcose veineuse et son utilisation dans le domaine
chirurgical et neuro-psychiatrique.
(Gazetta sanatoria, 1948)

34. CHARLIN A. -

Emploi de la narco-analyse en médecine légale.
(Ann. méd. lég., Paris, Juil - Août 1949)

35. CHAVANY J.A. - BOUVET M. et HAGENMULLER D. -

Les rapports de la narco-analyse ou psychothérapie sous
narcose et de la psychanalyse.
(Sem. hôp. Paris, 14 Févr. 1948)

36. COLLET C.G. -

Un précurseur de la narco-analyse : Maupertuis.
(Histoire de la Médecine, Juin 1953)

37. CORNIL L. et OLLIVIER H. -

Considérations sur la narco-analyse psycho-somatique en
psychiatrie infanto-juvénile.
(Ann. méd.-psychol., Paris, Mars 1948)

38. CORNIL L. - OLLIVIER H. et FIORENTINI H. -

Narco-analyse d'un mutisme total et invincible chez un
schizophrène évolutif délirant mystique atteint de sur-
dité : intérêt diagnostique.

(Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue française, 48e Session, 1950).

39. COSSA P. -

La narco-analyse.
(Bruxelles méd. 4 déc. 1949)

40. COSSA P. - AGID A. et AUGUIN P. -

La psychanalyse chimique (analyse psychique sous état hyponagonique provoqué).
(Ann. méd.-psychol., Déc. 1945)

41. COSSA P. - MARTIN P. et LOMBARD. -

La sensibilisation de la séméiologie neurologique par la narcose liminaire.
(Rev. neurol., Juillet 1949)

42. CRAIGIE H.B. -

Treatment of Acute war neurosis
(B. M. J., Déc. 1942)

43. CYBERNETIC. -

Circular causal and feedback mechanisms in biological and social systems.
(New-York, Josiali May, Jr. Foundation, 1953)

44. DAVIDOFF E. et REIFENSTEIN E.C. -

Etude chimique de l'action du sulfate de benzedrine chez les psychopathes.
(Psychiat. Quart., 1938)

45. DAMESHEK W. - MYERSON A. and LOMAN J. -

Effects of sodium amytal on metabolism.
(Am. J. psychiat., 1934)

46. DEBENHAM G. R. -

Psychotherapy etc. in war neuroses.
(Med. Press. 1941)

47. DELAY J. -

Chocs biologiques et chocs psychologiques.
(Bull. Acad. nat. Méd., 1951)

48. DELAY J. -

L'électrochoc et la psycho-physiologie.
(Masson, édit. Paris, 1946)

49. DELAY J. -

Les explorations pharmaco-dynamiques du psychisme :
narco-analyse et choc amphétaminique.
(Bull. Acad. Nat. Méd., 29 mars 1949)

50. DELAY J. -

Les trois mémoires.
(Journal de psychol. et pathol. - 1941)

51. DELAY J. -

Méthodes Biologiques en clinique psychiatrique
(Massen - 1950)

52. DELAY J. - DESCLAUX P. - PASCHE et SOULAIRAC A. -

Intérêt du 245 RP (pentotal) dans l'exploration du
psychisme.
(Ann. méd.-psychol., Juillet 1945)

53. DELAY J. - DESCLAUX P. et SHENTO B ALJAMAL S. -

La narco-analyse psycho-somatique en psychiatrie
(Ann. méd.-psychol., Mars 1946)

54. DELAY J. - et GENDROT J.A. -

Impuissance génitale datant de 6 ans. Guérison en
3 séances de narco-analyse.
(Ann. méd. psychol., Mai 1946)

55. DELAY J. et LEULIER (Mme). -

Pseudo-sténose oesophagienne. Intérêt diagnostique et
thérapeutique de l'examen sous narcose.
(Ann. méd.-psychol., Février 1946)

56. DELAY J. - PICHOT P. - ROMANET B. et GENEST R. -

L'emploi de la méthédrine en psychiatrie. L'exploration
des mutismes.
(Ann. méd.- psychol. 1947).

57. DELAY J. - PICHOT P. et GENEST R. -

Le choc amphétaminique.
(Ann.méd.-psychol., 1947)

58. DELAY J. - COLLETEE. - SILVA T. - PICHOT P. et ROMANET B. -

Le choc amphétaminique dans la psychose maniaque dépressive et dans les catatonies.
(Ann. médic.-psychol., 1947)

59. DELAY J. - PICHOT P. - ROUBLEFF I. et ROMANET B. -

Le choc amphétaminique dans la schizophrénie ; exploration par le test de Rorschach.
(Ann. méd.-psychol., 1947)

60. DELAY J. - MARTY P. et WASSEF H. -

Amnésie traumatique, contracture lombaire avec scoliose évoluant depuis 9 ans. Guérison par une seule séance de narco-analyse.
(Ann. médi.-psychol., avr. 1949)

61. DELAY J. - MOREAU J. et SUTTEL M. -

Anesthésique 245 RP et crises hystériques.
(Ann. méd. psychol., juill. 1945)

62. DELAY J. - PICHOT P. et GERARD W.P. -

Etude comparée de l'action psychophysiologique de divers amphétaminiques dextrogyres et racémiques.
(Sem. Hôp. Paris, 14 sept. 1948)

63. DELAY J. - PICHOT P. et THUILLIER J. -

Les nouvelles chimiothérapies de l'alcoolisme.
(Ann. méd.-psychol. 1949)

64. DELAY J. - PICHOT P. et DENIKER P. -

Action des amphétamines dans les états d'excitation maniaque : quelques effets paradoxaux.
(Ann. méd. psychol. 1950)

65. DELAY J. - PICHOT P. et LHERMITTE P. -

Le traitement des manifestations de conversion dans l'hystérie par le choc amphétaminique.
(Ann. méd.-psychol. 1951)

66. DELAY J. - PICHOT P. - DENIKER et PERSE J. -

Infirmité d'un diagnostic de démence par la méthode des tests mentaux et par des explorations pharmacodynamiques.
(Ann. méd.-psychol. 1951)

67. DELAY J. - BERTAGNA L. et LAURAS A. -

Surdité hystéro-organique. Action du choc amphétaminique.
(Ann. méd. psychol., 1952)

68. DELAY J. - BERTAGNA L. et LAURAS A. -

Gros ventre pithiatique (cath mophr nose). Action du choc amphétaminique.
(Ann. méd. - psychol., 1952)

69. DELAY J. - BERTAGNAS L. et LAURAS A. -

B galement pithiatique. Action du choc amphétaminique
(Ann. méd. psychol., 1952)

70. DAUMEZON et HUGUET. -

Réticences pathologiques.
(Enc. méd. chirurg., 1961)

71. DELMAS - MARSALET P. -

La narco-analyse a-t-elle une valeur médico-légale ?
(Ann. méd. psychol., nov. 1948)

72. DENIKER P. - PICHOT P. - LEMPERIERE (Mlle) - PERSE J. -

Intérêt des examens paracliniques dans l'appréciation des cas de psychiatrie médico-légale.
(Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française, 49e session 1951).

73. DOMENICI F. -

La narco-analyse dans la pratique médico-légale
(Minerva med. 7 avr. 1949)

74. DREYFUS - MOREAU J. -

A propos de la narco-analyse.
(Sem. h p. Paris, 26 mars 1949)

75. DUNNE J. W. -

An experiment with time.
(Faber & Faber, 1934)

76. EVRARD E. -

Exploration du psychisme et traitement sous subnarcose
barbiturique
(Acta neurol. psychiat. belg. Juin 1949)

77. EY H. -

L'emploi des substances narcotiques dans l'expertise
médico-légale psychiatrique.
(Presse méd. 1 janv. 1949)

78. EY H. -

Etudes psychiatriques.
(1954)

79. FAURE J. -

Perspectives psychologiques et thérapeutiques offertes
par la stimulation lumineuse intermittente. La subnar-
cose stimulée.
(Encéphale, 1952)

80. FAURE J. - VERDEAU J. - BOUTILLER H. et RIGAL J. -

La subnarcose stimulée
(Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de
France et des Pays de Langue française, 1952)

81. FAUST Cl. et FROMEIN R. -

Diagnostic des lésions latentes du tronc cérébral
(Deutsche Zschr. Nervech, 1950)

82. FOREL A. -

Hypnotism and Psychotherapy
(1906, London, Trans.)

83. FRANKL V. E. et STROTZKA H. -

Narco-analyse
(Wien Klin. Wschr., 2 sept. 1949)

84. FREUD S. -

Introductory Lectures on Psychoanalysis
(1922, London)

85. FREUD S. -

The Interpretation of Dreams
(Trans. Brill. 1932, London)

86. FREUD S. -

New Introductory Lectures on Psychoanalysis
(1933, London)

87. FREUD S. -

Inhibitions, Symptoms, and Anxiety.
(1936, London)

88. FREYHAN F.A. -

277 investigations narco-analytiques. Considérations
cliniques et théoriques.
(Arch. Neurol. Psychiat., sept. 1951)

89. GALIBERT J. -

Subnarcose amphotaminée et psychothérapie des états
d'angoisse.
(Encéphale, 1960)

90. GALIBERT J. -

L'angoisse, réflexe conditionné dans l'agoraphobie
(Evol. psychiatr., 1963)

91. GAMNA et VILLATA E. -

Recherches narco-analytiques chez des sujets mentalement
sains.
(Minerva med., 3 mars 1951)

92. GAYRAL L. et HERVE. -

La toxicomanie par le pentothal
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 47e session, 1949)

93. GERARD - H. P. -

Choc amphotaminique thérapeutique
(enc. méd. chirurg., 1955)

94. GILLESPIE R. D. -

On the Alleged dangers of the barbiturates
(Lancet, 1934)

95. GOTTLIEB J. S. - BOBITT F. S. et FREIDINGER A. W. -

Etude psychopharmacologique de la schizophrénie et des
dépressions. Différences dans les réponses à l'amytal
et à la benzédrine.
(Psychosom. Med., mars-avr. 1952)

96. GRINBERG L. -

La narco-analyse dans l'amaurose hystérique.
(Prensa. méd. argent. 28 déc. 1951)

97. GRODDECK G. -

Exploring the Unconscious.
(1933, London)

98. GUILLAIN G. -

La narco-analyse au point de vue médico-légal.
(Bull. Acad. Nat. méd., 22 mars 1949)

99. HEUYER G. -

Narco-analyse et noarco-diagnostic. Leur emploi en
médecine légale.
(Expansion scientifique française, édit. Paris 1949)

100. HADFIELD J. A. -

Functional Nerve Disease.
(Edited by Grichton Miller, London 1920)

101. HADFIELD J. A. -

Medical Annual
(Bristol 1921)

102. HADFIELD J. A. -

Psychology of Power
(London, 1933)

103. HAUPTMANN A. -

Evipan Hypnosis
(Klin Wochenschr.)

104. HART B. -

Psychopathology
(Cambridge Univ. Press., 1930)

105. HEUYER G. -

Narco-analyse et narco-diagnostic ; leur utilité en
médecine légale
(Ann. méd.-psychol., avr. 1949)

106. HEUYER G. -

Narco-analyse et narco-diagnostic. Epilogue d'un procès.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1949)

107. HEUYER G. - LEBOVICI S. et DAUPHIN. -

La narco-analyse chez l'enfant.
(Pédiatrie, 1948)

108. HEUYER G. et FAVREAU. -

L'emploi de la narcose comme traitement de la circulation
(Ann. Méd. légale, Paris, mars-avr. 1948)

109. HEUYER G. - REMOND A. et DELARUE R. -

Activation de l'E. E. G. par le pentothal
(Revue neurol. Paris, sept. oct. 1948)

110. HOLLANDER L. d' -

Quelques résultats de la narco-analyse des psychonévroses
(Acta neurol. psychiat. bul, juin 1949)

111. HORDEM A. -

La réponse de la personnalité névrotique à l'abréaction
(J. Ment. Sciences, oct. 1952)

112. HORSLEY J. S. -

Le pentothal sodique en pratique mentale hospitalière
(British. Méd. 1932)

113. HORSLEY J. S. -

Narco-analyse
(Lancet. 1936)

114. HORSLEY J. S. -

Narco-analysis
(Journal of mental Science, July 1936)

115. HORSLEY J. S. -

Narco-analysis
(Medical Press and Circular, avril 1937)

116. HORSLEY J. S. -

Therapeutic Narcosis with Soneryl
(J. Ment. Sci. Jan. 1937)

117. HORSLEY J. S. -

Narco-analysis
(B. M. J., Au. 1942)

118. HORSLEY J. S. -

Narco-analysis
(Oxf. Med. Publ. 1943)

119. HOWDEN R. A. -

The Wind in conflict
(Oxford University Press. 1931)

120. HOUSTON F. -

Recherches préliminaires sur l'abréaction ; comparaison
des méthodes à la méthédrine et à l'amytal sodique avec
les autres méthodes.
(J. of Ment. Science, oct. 1952)

121. HULL, - CLARK L. -

Hypnosis and Suggestibility
(New-York, 1933)

122. JACOBSON E. -

Progressive Relaxation
(Chicago 1929)

123. JAMES G. W. B. -

Anxiety Neurosis
(Lancet, 1940)

124. JANET P. -

Psychological Healing
(London, 1925)

125. JELLIFFE S. E. -

Schizophrenia
(See Bleckwenn)

126. JONES E. -

On the Nightmare
(Hogarth, 1931)

127. JUNG C. G. -

Contributions to Analytical Psychology
(Trans. by H. G. and Cary F. Baynes, London 1928)

128. JUNG C. G. -

Psychological Types
(London 1923)

129. JUNG C. G. -

Modern Man in search of a soul
(London, 1933)

130. KESER E. and KEESER I. -

Arch. f. Exper. Path. 1930.

131. KORSON S. M. -

Succès thérapeutique dans une névrose obsessionnelle-compulsive par des narco-synthèse suivies d'électrochocs quotidiens.
(J. Nerv. Ment. Dis, janv. 1949)

132. KUBIE L. S. -

Manuel de traitement d'urgence des névroses de guerre aiguës.
(War Medicine (U.S.A.) 1943)

133. LAFON R. - PAGES P. LABAUGE R. et ABRIC J. -

Deux cas de contracture névropathique de la main rapidement guéris par la narco-analyse.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, 1953)

134. LA LOGGIA M. -

Narco-analyse, narco-diagnostic narcothérapie.
(Minerva med. 14 juil. 1951)

135. LAMBERGEON S. (Mlle). -

L'emploi de la narcose sous pentothal en dermatologie
(Ann. Derm. Syph. janv.- févr. 1952)

136. LANFRANCHI R. -

Analyse psychique sous subnarcose au Penthotal sodique
(245 R.P.) et cures cathartiques
(Thèse Alger, Juin 1946)

137. LAUNAY C. -

Névrose de guerre et pratique infanto-juvénile
(Cahier Laënnec, 1949)

138. LEBASCLE J. -

Contribution à l'étude de la subnarcose dans la pratique
infanto-juvénile
(Thèse Alger, Mars 1952)

139. LETAILLEUR M. et BURES MACKENSEN (Mme de) -

La subnarcose d'une énurésie tardive
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1950)

140. LHERMITTE J. -

Sur la narco-analyse
(Bull. Acad. nat. Médecine, 22 Mars 1949)

141. LIDDELL D. W. et WEIL-MALHERBE H. -

Effets de la méthédine et de l'acide diethylamide
lysergique sur les processus mentaux et sur le taux
d'adrénaline sanguine
(J. Neurol. Neurosurg. Psych. Nov. 1953)

142. LINDEMANN E. -

Modifications psychologiques chez les individus normaux et
chez les anormaux sous l'influence du sodium-amytal
(Am. J. of Psychiat., 1932)

143. LINDEMANN E. -

The Psychological effects of sodium Amytal
(Proc. Soc. f. exp. biology and medicine, 1930-31)

144. LOEVENHART A.S. -

Cerebral Stimulation
(J. Amer. Med. Assoc. 1929)

145. LONG C.E. -

Collected papers on the psychology of phantasy
(London, 1920)

146. LORENZ W.F. -

Some observations on catatonia
(Psychia. Quart. 1930)

147. MACMILLAN D. -

Nembutal in Mental Hospital Practice
(J.M.S., 1932)

148. MALLINSON W.P. -

Narco-analysis in Neuropsychiatry
(J.R.N. Med. Service, 1940)

149 . MANCEAUX G.A. et SUTTER J.M. -

La subnarcose barbiturique en psychiatrie. Ses buts et
ses possibilités.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1947)

150. MANCEAUX G.A. et SUTTER J.M. -

La busnarcose chimique dans l'expertise médico-légale.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1948)

151. MANCEAUX G.A. et SUTTER J.M. -

La subnarcose chimique peut-elle venir en aide à la
Justice ?
(Algérie méd., nov. 1948)

152. MATTI R. -

Vue d'ensemble sur la narco-analyse psycho-somatique
(Thèse Médecine, Paris 1947)

153. MIGNOT H. -

Etude critique de l'exploration du psychisme sous état
hypnagogique provoqué par les barbituriques.
(Evolution Psychiatrique, Paris Janv-Mars 1949)

154. MILLER M.M. -

Emploi combiné de l'alcool éthylique et de l'Amobarbital
(Amystal sodium) pour la narco-analyse ambulatoire
(Arch Neurol. Psychiat. Mai 1952)

155. MINET J. - LINQUETTE - GOUEMAND - PRUVOT et PRUVOT (Mme) -

L'activité corticotrope de divers procédés thérapeutiques
(Gaz. Hôp. Paris, 31 mai 1953)

156. MYERSON A. -

The reciprocal pharmacologic effects of amphetamine sulfate and the barbiturates.
(New Eng. J. méd., oct. 1939)

157. NEVEU P. -

Narco-analyses d'alcooliques.
(Ann. Médecine légale, nov-déc. 1950)

158. NOESEN R. -

Identification d'un inconnu par narco-analyse
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, 1949).

159. NOESEN R. -

Traitement de certains délires par narco-analyse
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, 1953).

160. OLLIVIER H. -

A propos de 100 narco-analyses
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, 1946).

161. OLLIVIER H. -

Note sur l'emploi de la subnarcose chimique en médecine légale.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, 1948).

162. PALMER H. D. and PAINE A. L. -

(Am. J. Psychiat. 1932)

163. PALMIERI V. M. -

La narco-analyse du point de vue médico-juridique et éthico-déontologique.
(Minerva méd., 6 janv. 1950).

164. PALMIERI V. M. -

L'exploration pharmacodynamique du psychisme et du système nerveux dans un but médico-légal.
(Giorn. Medicina milit. 1947).

165. PELAGE S. et PLATTARD G. -

Quelques réflexions psycho-ethnologiques à propos d'une
névrose de conversion chez un jeune Africain.
Guérison par narco-analyse.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1949)

166. PERRET L. -

Essai d'utilisation de la narco-analyse chez l'enfant
et l'adolescent.
(Thèse, Paris, 1948)

167. PERRIERE F. -

De l'utilisation diagnostique et thérapeutique de la
narco-analyse.
(Gazette méd. France, févr. 1951)

168. PICK E. P. -

(A. Arch. Inter. Pharm. et de Therap., 1939)

169. POIZAT M. -

Quelle est la valeur de la narco-analyse chez l'enfant ?
(Thèse, Paris, 1949)

170. PRINZHORN H. -

Psychotherapy
(Cape. 1932)

171. PAVLOV I. P. -

Conditioned Reflexes
(Oxford. Univ. Press, 1927)

172. REES J. R. -

The health of the mind
(London 1936)

173. REZNIKOFF L. -

Effets du sulfate de benzédrine alterné avec l'amytal
sodique dans la schizophrénie.
(Am. J. Psychiat., sept. 1941)

174. RICKMAN J. -

The development of the psycho-analytic theory of the
psychoses
(London, 1928)

175. RIEDEL H. -

Le sommeil barbiturique et la question de la genèse
organique des symptômes hystériques
(Schweiz. med. Wschr., 23 déc. 1950)

176. RIZZO M. et CORTESI M. C. -

La narco-analyse dans la pratique psychiatrique
(Rasseg. di Neuropsichiat., 1948)

177. ROSS T.A. -

Prognosis in the neuroses
(Cambridge, 1936)

178. ROYERP. - BROUSSOLLE P. et THIEBAUX (Mme). -

Cholinestérase sérique et narcose intraveineuse
(Soc. Médecine Nancy, 13 juin 1951)

179. ROTHMAN T. et SWARD K. -

Studies in pharmacological Psychotherapy
(Archives of Neurol. and Psych., janv. 1956)

180. ROTHMAN T. et SWARD K. -

Pharmacologic psychotherapy - verbal communication in
psychoanalysis and psychotherapy
(Psychopathology of communication - Grime and stratton
1958)

181. RUSSEL W. R. et NATHAN P. W. -

Amnésie traumatique
(Brain, 1946)

182. SARGANT W. -

Quelques observations sur l'abréaction médicamenteuse
(Digest of neurol. Psychiat., avr. 1948)

183. SARGANT W. -

Indications et mécanismes de l'abréaction et ses relations
avec les thérapeutiques de choc.
(Evolut. psychiat., Oct.-déc. 1950)

184. SARGANT W. et SHORVON H. J. -

Névroses de guerre aiguës
(Arch. Neurol. Psychiat., oct. 1945)

185. SCHINDLER R. -

La narco-analyse
(Wien Klin Wachr. 28 oct. 1949)

186. SCHUBE P.G. M.C. MANAMY C.E. - TRAPP C.E. et MYERSON A. -

Effet du sulfate de benzédrine sur certains troubles mentaux.
(Am. J. Psych. Juillet. 1937)

187. SENIGAGLIA V. -

La narco-analyse en psychiatrie et en médecine légale
(Archivi. di. Antropol. criminale Psichiat. e Medic. legale, 1948)

188. SIMON J. L. et TAUBE H. -

Etude préliminaire sur l'emploi de la méthédrine dans le diagnostic psychiatrique
(J. Nerv. Ment. Dis. déc. 1946)

189. SIVADON P. - FOLLIN S. et JOYEUX J. -

Deux cas de fureur épileptiforme après injection intra-veineuse d'ortédrine
(Ann. méd. psych., 1949)

190. SOGLIAUX G. -

Composé amphétaminique et choc amphétaminique dans le domaine psychiatrique
(Atti. Soc. Lombarda Sci. med. Biol. Milan- 1949-1950)

191. STANTON E.J. -

Addiction and tolerance to barbiturates
(J. Pharmacol. ans exp. Therap. 1936)

192. STOCKERT F. G. (von). -

Nouvelles recherches diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie au moyen de l'évipan sodique
(Deutsche medizinische Wschr. 3 févr. 1950)

193. STOCKERT F. G. (von). -

Narco-analyse
(Med. Klin, 28 sept. 1951)

194. STRAUSS E. B. -

L'emploi de préparations barbituriques administrées
par voie veineuse en psychiatrie
(Deutsche med. Wschr. 9 janv. 1953)

195. SUTTER J. M. -

L'électrochoc et l'abréaction dans le traitement des
psychonévroses de la guerre.
(Rev. Corps Santé milit. 1945)

196. SUTTER J. M. -

La subnarcose chimique ses applications en psychiatrie
clinique et médico-légale
(Rev. droit canonique, Strasbourg, mars 1951)

197. SUTTER J. M. et SUSINI R. -

Indications et résultats de la subnarcose au pentothal
sodique en psychiatrie de guerre. Données utilisables
en pratique civile.
(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et
des Pays de Langue française, 1946)

198. SUTTER J. M. -

Subnarcose (narco-analyse)
(Enc. méd. chirurg. 1955)

199. SUTTER et PELICIER. -

Substances hallucinogènes
(enc. méd. chirurg., 1947)

200. TARGOWLA R. -

Les données de la narcose intraveineuse liminaire dans
les états "névropathiques" : le syndrome d'hyperamnésie
émotionnelle tardif
(Ann. méd., 1950)

201. TATUM A.L. -

The present statum of the barbiturate problem
(Physicl. Rev. 1939)

202. TAYLOR J.D. - RICHARDS R.K. et TABERN D.L. -

Métabolisme du S35 (Pentothal)
(J. of pharmacol. Experiment. Therap. janv. 1952)

203. TEIRICH H.R. -

Remarques sur la narco-analyse
(Deutsche med. Wschr., 27 mai 1949)

204. TEIRICH H.R. -

La technique des narco-analyses
(Deutsche med. Wschr., 5 mai 1950)

205. THALHEIMER M. -

Anaesth. ans Analgesia
(March-april 1937)

206. THALHEIMER M. -

Anesthesie par injection intraveineuse de narconumal
(Mem acad. de chir., 1938)

207. THELIN M.H. -

De la narcose à l'aveu
(Schweiz. med. Wschr., 26 août 1950)

208. TRILLOT J. -

A propos de la narco-analyse au point de vue médico-légal
(Acta. Med. legal. social., Bruxelles)

209. TRILLOT J. -

La narcose barbiturique en médecine légale
(Ann. Méd. lég. juill-Août 1949)

210. TROTTER W. -

Instincts of the herd in peace and war
(Benn., 1930)

211. VENTURA V. -

La narco-analyse
(Giorn. Med. milit., 1949)

212. VIDAL J.A. -

Narco-analyse. Apport diagnostique dans les affections
du tube digestif.
(Thèse Paris 1950)

213. VIOLET G. -

Narco-analyse en urologie
(J. Urologie, 1951)

214. WILBUR D.L. - MC. LEAN A.R. et ALLEN E.V. -

Observations cliniques sur l'effet du sulfate de
benzédrine ; étude de malades présentant des états
d'asthénie de dépression et de psychonévrose
(J.A.M.A., 21 août 1937)

215. ZANETTI G. -

Le choc amphétaminique : nouvelle méthode d'exploration
psychiatrique (Gior. psychiat. neurop., 1950)



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V* -
ODÉ 58-90